
بحث ميداني
مشكلة تعاطي
المخدرات
بين الشباب
الجزء الثاني
مايو ١٩٨٩



مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب

بحث ميداني

الجزء الثاني

إعداد

دكتور محمود الكردي
أستاذ الاجتماع
بجامعة القاهرة

دكتور فاروق اسماعيل
أستاذ الانثروبولوجيا
بجامعتي الاسكندرية وقطر

دكتور حسن عيد
أستاذ الاجتماع المساعد بجامعتي طنطا وقطر

إشراف

الدكتور عبد الله جمعة الكبيسي
مدير جامعة قطر بالنيابة

هيئة البحث :

(١)	الدكتور عبد الله جمعة الكبيسي	— المشرف العام على البحث — مدير جامعة قطر بالنيابة
(٢)	الدكتور محمود فهمي الكردي	استاذ الاجتماع بجامعة القاهرة
(٣)	الدكتور فاروق اسماعيل	استاذ الانثروبولوجيا الثقافية بجامعتى الاسكندرية وقطر
(٤)	الدكتور حسن عيد	استاذ الاجتماع المساعد بجامعتى طنطا وقطر





بسم الله الرحمن الرحيم
قل ان صلاتي ونسكي
ومحياي ومماتي
لله رب العالمين
قرآن کریم

تصــديــر
سعادة الدكتور عبد الله جمعة الكبيسي
مدير جامعة قطر بالنيابة

لم تعد مكافحة المخدرات وأضرارها مسئولية رجال الأمن فقط ، بل أصبحت مسئولية قطاعات ومؤسسات مختلفة ، كالمستشفيات والأندية الشبابية وأجهزة الاعلام والمنظمات الدولية والمصلحين الاجتماعيين ووزارات التربية ومؤسسات البحث والجامعات . ومع تطور أساليب وبرامج مكافحة المخدرات سواء العلاجية منها أم الوقائية ، إلا أننا نجد أن فنون الاجرام والاتجار بهذه المادة يجد طريقه بدرجات متفاوتة إلى جيل الشباب ليعصف به ويحرم الأسرة والمجتمع من هذه الثروة البشرية المتجددة والأساسية في نهضة كل أمة من الأمم .

ولقد أدركت جامعة قطر خطورة مشكلة تعاطي المخدرات في حجمها العالمي وتنبهت إلى انعكاسات ذلك على مجتمعنا في الخليج العربي ، فبادرت عام ١٩٨٣ بتشكيل لجنة علمية من أعضاء هيئة التدريس تضم متخصصين وباحثين في علم الاجتماع والانثروبولوجيا وعلم النفس والتربية والطب النفسي ، لبحث هذه الظاهرة ، وقد تم بالفعل التخطيط والاعداد لعدد من البحوث المرحلية استهدفت الكشف عن الظاهرة وتحديد أبعادها في المجتمع القطري .

وفي عام ١٩٨٤ تم انجاز الجزء الأول من بحث مشكلة تعاطي المخدرات دراسة ميدانية . وقد وجهت هذه الدراسة الأنظار إلى أهمية الاتجاه إلى قطاع الشباب ، خاصة وأن الغالبية المطلقة من أفراد العينة التي أجرى عليها البحث تقع في الشريحة العمرية ما بين ٢١ و ٢٩ عاما ، من هنا جاء التفكير في البدء بالتخطيط لاستكمال الجزء الثاني من بحث مشكلة تعاطى المخدرات بين الشباب .

وفي عام ١٩٨٥ تبلور الاهتمام في ضرورة اجراء بحث ميداني على طلاب المدارس الاعدادية والثانوية ، لتحديد حجم ظاهرة التعاطي والبحث عن الدوافع والأسباب التي أدت إليها ، وقد تم بالفعل تحديد الشريحة العمرية بالنسبة للطلاب بين ١٢ و ٢٠ عاما والتي نفترض وجودها في المرحلتين الإعدادية والثانوية في مدينة الدوحة التي أختير ٥٠٪ من مدارسها

(للبنين) ، أي ١١ مدرسة ، ثم اختيرت نسبة ٢٠٪ من مجموع طلابها ، ليصبح لدينا ١٠٠٠ طالب كعينة للبحث .

وكان الهدف المباشر لهذا البحث يتناول أربعة محاور أساسية :

المحور الأول :

تحديد تصورات الطلاب عن حجم انتشارية الظاهرة بين طلاب المدارس .

المحور الثاني :

التعرف على ملامح المتعاطين من وجهة نظرهم .

المحور الثالث :

دراسة مدركاتهم عن الدوافع والأسباب التي أدت إلى تعاطي المخدرات .

المحور الرابع :

التعرف على اتجاهات القطاعات المتصلة بالشباب نحو الظاهرة .

وتحقيقا لهذه الأهداف ، فقد تشكل فريق البحث الأساسي من مجموعة من العلماء والباحثين ضمت :

- السيد الدكتور عبد الله جمعة الكبيسي — لمعالجة الجانب التربوي
- الأستاذ الدكتور جابر عبد الحميد جابر — لمعالجة الجانب النفسي
- الأستاذ الدكتور مجيد ابراهيم دمعة — لمعالجة الجانب التربوي
- الأستاذ الدكتور محمود فهمي الكردي — لمعالجة الجانب الاجتماعي
- الأستاذ الدكتور فاروق مصطفى اسماعيل — لمعالجة الجانب الاجتماعي
- السيد الدكتور حسن ابراهيم عيد علي — لمعالجة الجانب الاجتماعي
- السيد الدكتور علاء الدين أحمد كفافي — لمعالجة الجانب النفسي
- السيد الدكتور شوقي العقباوي — لمعالجة جانب الطب النفسي
- السيد الدكتور عبد العزيز عبد الرحمن كمال — لمعالجة الجانب النفسي
- السيد الدكتور سيد الريس — لمعالجة جانب الطب النفسي

وكان هذا التنوع في التخصصات العلمية مقصودا من أجل التوصل إلى تشخيص أدق للمشكلة بحيث يساعدنا على تقديم مقترحات نافعة وعملية في اطار البرامج الوقائية التي تعين الفرد والأسرة والمجتمع على تكوين وعى بأضرار تعاطي المخدرات الجسمية والنفسية والصحية والاجتماعية والمادية .

وجامعة قطر وهي تتهيأ في بداية عام ١٩٨٩ لدفع الجزء الثاني للطباعة تتهيأ أيضا لاستقبال جزئين آخرين ، أحدهما يحلل الظاهرة على أساس سيكولوجي ، والآخر يحللها على أساس تربوي .

وبهذا الانجاز العلمي المتكامل لدراسة الظاهرة من جوانبها المختلفة تكون جامعة قطر قد أصبحت من الجامعات العربية والعلمية القليلة التي أسهمت بجهد علمي أصيل في مضمار الجهود البحثية المتصلة بدراسة ظاهرة المخدرات .

ان هذا البحث الذي نقدمه لكم لم يخرج بالصورة التي تجدونه عليها لولا تحمس الباحثين وصبرهم ، واستمرارية عملهم ووعيهم المتنامي بخطورة المشكلة وادراكهم القومي بأن العناية بمستقبل الشباب هو ضرورة ملحة لضمان مستقبل قوى ومزدهر لأمتنا العربية . لذا فيسعدني أن أقدم شكري وتقديري لكل من الدكتور فاروق اسماعيل والدكتور محمود الكردي والدكتور حسن عيد وجميع الذين أسهموا وشاركوا بالرأى والجهد لخروج هذا العمل في صورته الحالية .

د. عبد الله جمعة الكبيسي

مدير جامعة قطر

بســـم اللـــه الرحمـــن الرحـــيم

مـقـــدمـــة :

إن هذا البحث لا يصدر من فراغ بل هو مرتبط أساسا بالنتائج التي توصل إليها البحث الأول الذي أجرى على مشكلة تعاطي المخدرات بقطر عام ١٩٨٤م ، وقد خرجت هذه الدراسة بمجموعة من التوصيات بعضها قصير الأمد والآخر طويل الأمد ، وكان قطاع الشباب يمثل العنصر الحيوي الذي ركزت عليه توصيات الدراسة بشقيها العاجل والآجل ، وتجسد هذا التركيز والاهتمام في ضرورة اجراء مسح ميداني على طلاب المدارس الاعدادية والثانوية لتحديد حجم انتشارية ظاهرة تعاطي المخدرات والبحث عن أسبابها ودراسة آثارها ونتائجها من هنا كان اهتمامنا في اجراء هذه الدراسة الميدانية والتي تتناول قطاع الشباب في شريحة عمرية تنتمي إلى مراحل دراسية محددة ، ومحاولة الوصول إلى تصوراتها واتجاهاتها المرتبطة بظاهرة تعاطي المخدرات .

ويمكن تلخيص أهداف الدراسة في أربعة محاور رئيسية :

أولاً : إدراك الشباب لمدى انتشارية الظاهرة (تعاطي المخدرات) بين طلاب المدارس :

مع تسليمنا المبدئي بصعوبة تحقيق هذا الهدف ليس فقط بين قطاع الشباب وإنما أيضاً بين من يرتبطون بهذه الظاهرة بطريق مباشرة أو غير مباشر ، فإن هناك حاجة ماسة لتحديد حجم من يتعاطون المخدرات ولو بشكل تقريبي أو تقديري ، ورغم أننا لا نستهدف من هذه الدراسة مجرد الوصول إلى مؤشرات رقمية احصائية دون تحليل أو تمحيص ، فإن تحديد حجم انتشارية الظاهرة يسهم ولا شك في تصور وجود المشكلة تصورا حقيقيا بعيدا عن التهوين أو التهويل ، الأمر الذي يفيد في اقتراح حلول عملية تجاهها ، ومن الطبيعي أن يتسق هذا الهدف مع المفاهيم والأدوات التي سوف نجري البحث في اطارها ، هذا من ناحية ومن ناحية

أخرى محاولة إلقاء الضوء على أكثر أنواع المخدرات شيوعا بين الشباب سواء التقليدية منها أو التخليقية .

ثانياً : الكشف عن ملامح المتعاطين ، هل هناك ملامح مميزة لهم ، هل ثمة خصائص أو سمات فيزيقية أو اجتماعية أو سلوكية تميزهم عما عداهم من غير المدمنين . . . ؟

ثالثاً : دراسة الدوافع والأسباب (المدركة) التي أدت إلى تعاطي المخدرات :

ان تحقيق الهدفين السابقين لا يتيح لنا التعرف عن قرب ـ على ميكانيزمات الظاهرة وبخاصة ما يتعلق منها بالأسباب التي أدت إلى ظهورها سواء أكانت مرتبطة بالمجتمع والظروف المحيطة أو بالبناء الأسري ومتضمناته أو بالفرد وظروفه الشخصية ، وسوف تتيح لنا « المقابلات المتعمقة » مع بعض « الحالات » التي تعاني من الادمان الكشف عن مثل تلك الأسباب والدوافع ، ومن الطبيعي أن تختلف وتتفاوت طبقاً لمتغيرات عديدة كالعمر والمستوى الاقتصادي والمكانة الاجتماعية والتعليم وأساليب التنشئة الاجتماعية (القسوة والتدليل المفرط) ، وغياب السلطة الوالدية ، الصحبة . . . . الخ .

لاشك أن دراسة الأسباب والدوافع تسهم في تحليل الكثير من الظواهر المرتبطة بالتعاطي فضلا عما تشكله من ركيزه أساسية وهامة في اقتراح أفضل السبل لتجاوزها .

رابعاً : التعرف على اتجاهات القطاعات المتصلة بالشباب نحو الظاهرة :

فمن خلال دراسة عينات كبيرة من الشباب فيما يتصل بظاهرة تعاطي المخدرات تتضح تصوراتهم لها ومواقفهم منها ـ النظرية والعملية ـ فضلا عما يتيحه ذلك من صياغة « رأي عام » تجاه الظاهرة من قبل أكثر الأفراد التصاقا بها . والجدير بالذكر أن هذه القطاعات تتمثل في :

(١) الطلاب أنفسهم .
(٢) أعضاء الهيئة التدريسية (رواد الأسر والفصول والاخصائيين الاجتماعيين) .
(٣) أوليـــاء الأمـــور .
(٤) العمـــال والفـراشـــين .

وسوف تتيح أداة « الاستبيان » الفرصة للتعرف على اتجاهات القطاعات سالفة الذكر حول الظاهرة بحيث يراعى في تطبيقها أن تكون شاملة للقضايا الأساسية التي تهم أفراد كل

قطاع بحيث يتضح منظور كل منها على حدة الأمر الذي يتيح الفرصة للمقارنة في الكشف عن المشابهة والاختلاف في الاتجاهات نحو التعاطي كما سوف نرى ، من هنا جاء اقتراح أن يكون لدينا استبيانات أربعة احداها للطلاب والثاني لأعضاء الهيئة التدريسية والثالث لأولياء الأمور والرابع للعمال والفراشين بالمدارس التي اختيرت كعينة للدراسة .

فإذا انتقلنا إلى مجال الدراسة :

أولا : المجال البشري :

(أ) بالنسبة للطلاب ، يتحدد المجال في اطار الشريحة العمرية من ١٢ إلى ٢٠ عاما والتي يفترض تواجدها في المرحلتين الإعدادية والثانوية في مدينة الدوحة ، وإذا كنا قد اقتصرنا على العاصمة فإن ذلك مرجعه إلى وجود النسبة الغالبة من السكان (٨٠٪) في هذه المدينة ، ومن ثم بروز ظاهرة تعاطي المخدرات بشكل واضح ، الأمر الذي يمكننا من الوقوف على الاتجاهات بصددها ومن ثم دراستها وتحليلها .

(ب) بالنسبة لأعضاء هيئة التدريس (رواد الأسر والفصول والاخصائيين الاجتماعيين وغيرهم) للوقوف على اتجاهاتهم فيما يتعلق بالظاهرة .

(جـ) اختيار عينة من أولياء أمور التلاميذ للوقوف على اتجاهاتهم وتصوراتهم لمدى وجود المشكلة وحجم الظاهرة وانتشارها في الأوساط الطلابية ، فضلا عن الملامح الفيزيقية والاجتماعية والنفسية للمتعاطين ، وتصورهم للأسباب التي يمكن أن تسهم في ابراز المشكلة وتفاقمها .

(د) اختيار عينة من عمال المدارس للوقوف على اتجاهاتهم بصدد المشكلة ، وإن كنا قد أخفقنا في تحقيق هذا الهدف للأسباب التي سوف نذكرها عند الحديث عن عينة الدراسة .

ثانيـاً : المجـــال الزمـــني :

منذ عقدت اللجنة الاستشارية للبحث اجتماعها الأول في ١٩٨٦/١/١٢ ونوقشت خطة الدراسة رؤى أن يتم اعداد أدوات الاستبيان الأربعة ودراسة الحالة خلال الفترة من يناير ١٩٨٦ إلى سبتمبر ١٩٨٦ ، وبعد مناقشتها رؤى اجراء الاختبار القبلي في الفترة من ١٩٨٦/١٠/١٥ إلى نهاية الأسبوع الأول من نوفمبر ١٩٨٦ ثم تعاد صياغة الاستبيانات ومناقشتها من قبل اللجنة الموسعة في ضوء الاختبار القبلي على أن يتم جمع المادة خلال ديسمبر

١٩٨٦ ، وقد تحققت خطة الدراسة فيما يتعلق باستبيانات الطلاب وأعضاء الهيئة التدريسية ، وتعثرت صحيفة العمال وتأجلت صحيفة أولياء الأمور لحين امكانية تحديد العينة وكيفية اختيارها على نحو ما سوف نذكره بعد قليل .

ولا يفوتنا في هذه المقدمة من أن نشير منذ البداية إلى أن هذا البحث كان ثمرة للعديد من الجهود المخلصة ولاسهام الهيئة الاستشارية للبحث والتي تكونت بقرار من السيد الدكتور مدير الجامعة والمشرف على البحث من السادة :

أ.د. جابر عبد الحميد	وكيل الجامعة وأستاذ علم النفس
أ. د مجيد دمعة	أستاذ التربية
د. علاء الدين كفافي	أستاذ مساعد ورئيس قسم الصحة النفسية
د. شوقي العقباوي	أستاذ مساعد الطب النفسي بجامعة الأزهر
د. عبد العزيز كمال	مدرس بقسم الصحة النفسية
د. السيد الريس	رئيس قسم رعاية البالغين بالصحة المدرسية
السيد / ياسر عدس	بقسم الحاسب الآلي
السيد / اسامة مطر	بقسم الحاسب الآلي
السيد / عصام حلاوة	بقسم الاحصاء
السيد / نصر جعفر	أعمال السكرتارية والطباعة

هذا وقد اجتمعت اللجنة اثنا عشرة اجتماعا منذ بداية البحث فى يناير ١٩٨٦ وحتى فبراير ١٩٨٨ لمناقشة خطة الدراسة وأهم القضايا وأدوات البحث ونتائج اختبارها فضلا عن مناقشة تقارير المتابعة بين الحين والآخر .

مقرر البحث

د. فاروق اسماعيل

الفصل الأول

منهج الدراسة



أولا : تحديد المنهج :

(أ) المنهج الوصفى :

ويستهدف تقرير خصائص الظاهرة ، يعتمد أساسا على جمع الحقائق وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها[1] أى أننا لن نقتصر على جمع معلومات عن ظاهرة التعاطى ، تصور وجود المشكلة ، انتشارها أو عدم انتشارها بين الشباب فى المدارس الاعدادية والثانوية ، ملامح المتعاطى الاجتماعية والنفسية والجسمية ، آثار التعاطى . . . الخ . وإنما سوف نحاول حتما ايجاد نوع من العلاقات بين هذه المتغيرات وصولا الى نوع من التفسير الملائم ، هذا من ناحية ومن ناحية اخرى فاننا نعتبر دراسة الحالة **Case Study** نموذجا للبحث الوصفى لحالات محددة نستهدف من ورائها دراسة سلوك المدمن في وسط اجتماعى ، سواء أكان هذا الوسط بناء أسرى أو جوار اجتماعى .

ولا شك أن المنهج الوصفى يعيننا على الكشف عن الظاهرة التي نحن بصددها ومن ثم يتسنى لنا تشخصيها والوقوف على حيثياتها .

(ب) المنهج المقارن :

يذهب راد كليف برون **R.Browm** إلى أن المنهج المقارن من أفضل المناهج وأنه يربط بين المقارنة والتحليل[2] ، ولاشك أن الدراسة الوصفية قاصرة في حد ذاتها ومن ثم فلابد من المقارنة ، وإن كان هذا يقتضى منا ضرورة تحديد الهدف من المقارنة ، فليست كل الدراسات المقارنة لها هدف واحد[3] ، وهدفنا هنا المقارنة بين اتجاهات الطلاب ورواد الأسر والفصول فضلا عن الاخصائيين ، والآباء فيما يتعلق بموضوع تعاطى المخدرات ، أن تستخدم المادة المعطاه والتي ترتبط بالظاهرة بطريقة أو أخرى من أجل الكشف عن المشابهة والاختلاف ومن ثم سوف يكون لدينا في نهاية المطاف مادة مقارنة توضح لنا تباين الاتجاهات بين الفئات الثلاث في تصور وجود المشكلة ومدى انتشارها وابعادها وملامح المتعاطين والآثار المترتبة على التعاطى . . الخ .

ثانيا : عينة الدراسة :

العينة عمدية عشوائية منتظمة من خلال احدى عشرة مدرسة اعدادية وثانوية بالدوحة تمثل ٥٠٪ من عدد المدارس الثانوية والاعدادية ، وقد جاءت التقارير

الرسمية[٤] باعداد الطلاب في هذه المدارس في فترة اجراء البحث الميدانى ديسمبر ١٩٨٧/٨٦ على النحو التالى :

أعداد الطلاب في المدارس الثانوية والاعدادية في فترة اجراء البحث الميداني ديسمبر ١٩٨٧/٨٦

اسم المدرسة	الفرقة الأولى	الفرقة الثانية	الفرقة الثالثة	اجمالى الطلاب
مشيرب الاعدادية	٢٥٧	١٣٥	١١٠	٥٠٢
ابى ايوب الانصارى	١٤٧	٩٤	٥٤	٢٩٥
اليرموك الاعدادية	٣٢٨	٢٥٨	١٩٧	٧٨٣
الدوحة الثانوية	٢٥٣	١٧٨	٢٠٨	٦٣٩
الاستقلال الثانوية	١٩٣	١٦٠	١٥٩	٥١٢
خليفة الثانوية	٢٦٤	١٤٧	١٨٤	٥٩٥
ابن تيمية الثانوية	١٢٩	٩٥	١٤٨	٣٧٢
التجارة الثانوية	٤٦	٣٨	٢٣	١٠٧
المعهد الديني :				
اعدادى	٧٣	٩٤	١٠٠	٢٦٧
ثانوى	٩١	٦٤	٥٥	٢١٠
الثانوية الصناعية	١٧٧	١١٣	٦٨	٣٥٨
مركز التدريب	١٠٨	٥٢	٥٠	٢١٠

تم اختيار العينة عمدية **Purposive sample** على أساس تقدير هيئة البحث بحكم خبرتهم السابقة في اختيار الحالات التى تحقق هدف الدراسة ومن ثم تم استبعاد طلاب الفرق الأولى بالمرحلتين الاعدادية والثانوية لحداثة عهدهم بالمدارس وعدم استطاعتهم الاجابة على التساؤلات الأساسية بصحيفة البحث، والمرتبطة أساسا بوجود طلاب يتعاطون المخدرات

بالمدرسة، ومدى انتشار الظاهرة ، أين يتم التعاطى .. الخ خاصة اذا ادركنا أن ملء صحائف الاستبيان بدأ في أول ديسمبر ١٩٨٦ وهذا يعنى أن طلاب الفرق الأولى لم يمض على تواجدهم بتلك المدارس أكثر من شهرين . وكما سبق الاشارة فإن العينة عمدية عشوائية منتظمة حيث اختيرت المفردة الأولى من قوائم الفرقتين الثانية والثالثة عشوائيا ثم اختيار المفردة الثانية والثالثة بانتظام ، حيث رؤى أن نسبة ٢٠٪ تفى بالغرض وعلى هذا تم استخراج ٩٧٠ اسما من القوائم فى المرحلتين الاعدادية والثانوية وكانت نسبة العينة في التعليم الاعدادي ٣٧٪ والثانوي ٦٣٪ . نسبة القطريين ٦٤٪ وغير القطريين ٣٦٪ كما رؤى استبعاد ٣٣ حالة عند المراجعة لعدم صلاحية استجاباتهم ليصبح لدينا ٩٣٧ استمارة ، وكذلك الحال بالنسبة لاستمارة أعضاء هيئة التدريس ورواد الأسر والفصول والاخصائيين حيث تم حصر أعضاء الهيئة التدريسية على النحو التالي :(٥)

اسم المدرسة	عدد الهيئة التدريسية
مشيرب الاعدادية	٤٢
أبي أيوب الانصاري الاعدادية	٣١
اليرموك الاعدادية	٦٤
الدوحة الثانوية	٦٣
الاستقلال الثانوية	٦١
خليفة الثانوية	٥٦
ابن تيمية الثانوية	٤٢
التجارة الثانوية	٢٢
المعهد الديني (الاعدادي)	٥٣
المعهد الدينى (الثانوي)	
الصناعة الثانوية	٤٥
مركز التدريب	٣١
اجمالى اعضاء هيئة التدريس	٥١٠

وقد حددت العينة بثلث أعضاء الهيئة التدريسية واصبح لدينا ١٧٠ صحيفة استبيان استبعدت ١٠ صحائف لعدم الدقة وجدية الاستجابات ، فأصبح لدينا ١٦٠ استمارة تشكل نسبة ٣١,٨٪ من جملة أعضاء هيئة التدريس والاخصائيين .

أما بالنسبة لصحائف بحث أولياء الأمور فلا شك أن الصعوبات التى واجهتنا عند التطبيق جعلتنا نتنازل عن بعض الاعتبارات المنهجية ، لقد فشلت العديد من المحاولات لمقابلة أولياء الأمور على نحو ما سوف نذكره حين نعرض للصعوبات التى واجهت فريق البحث في هذا الصدد . لذا رؤى الاكتفاء بمائة حالة لأولياء أمور طلاب في الجامعة ممن لديهم أشقاء في المرحلتين الاعدادية والثانوية .

فإذا انتقلنا الى الصحيفة رقم (٤) التى صيغت في نفس الوقت وأقرتها هيئة البحث ، وعند محاولة اجراء اختبار قبلي عليها ، اختير عمال مدرسة الدوحة الثانوية لاجراء هذا الاختبار ، وباءت المحاولات بالفشل ، وقد بذلت المحاولة تلو الأخرى لاقناع العمال وغالبيتهم من الهنود (٩ هندى + باكستانى + مصرى) سواء عن طريق إدارة المدرسة أو الاخصائى الاجتماعى أو القائمين على البحث ، إلا أن استجاباتهم كانت سلبية إلى حد بعيد سواء أولئك الذين يعرفون العربية أو أولئك الذين يتحدثون (الأردية)* لقد كانت استجاباتهم لمجرد سماع كلمة (مخدرات) (حرام) (لا أعرف) . . وبالطبع ان الخوف من التورط في الحديث عن مثل هذه الموضوعات أو الخوض فى مناقشات وثيقة الصلة بالتعاطى - خاصة وأن البعض منهم قد يساهمون بطريقة أو بأخرى في توزيع المخدرات - خشية أن يفقد وظيفته إذ تصادف في هذه الفترة زيادة فاعلية الجهود المبذولة من قبل إدارة مكافحة المخدرات ومؤسسات اخرى لجمع المتعاطين والقبض على عدد من تجار المخدرات وترحيل الاجانب منهم ، وأيا كان الأمر فإن المحاولة كانت حصيلتها مجرد جمع بيانات شخصية لأحد عشر عاملا من حيث السن والجنسية والدين والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء والحى الذي يسكن فيه ونوعية حيازة المسكن وعدد الأفراد المقيمين بالمسكن وصلة القرابة عدد سنوات الخدمة بالمدرسة ، فإذا تجاوزنا هذه التساؤلات كان الحذر والحيطة والصمت والإدعاء (لا أعرف . . حرام . . الخ) ، من هنا جاء التفكير في الغاء (صحيفة العمال) بعد الرجوع الى الهيئة الاستشارية للبحث وعرض النتائج الأولية . .

---

* تم الاستعانة بمترجم يجيد اللغتين العربية والأردية .

ثالثا : الأدوات :

(أ) الاستبيان :

أعدت صحائف الاستبيان الأربعة وحددت الاسئلة وعرضت على اللجنة الاستشارية للبحث والتى ناقشت بنود الاستمارات في اجتماعاتها المتتابعة ، وادخلت عليها بعض التعديلات ، وتقرر اجراء الاختبار القبلى Pre-test بمدرسة الدوحة الثانوية للبنين في الفترة من الاربعاء ١٥/١٠/١٩٨٦ الى الخميس ٦/١١/١٩٨٦ حيث قام الباحثان الرئيسيان بالتواجد أيام ١٥ ، ١٦ ، ٢٢ ، ٢٣ ، ٢٩ ، ٣٠ اكتوبر و ٥ ، ٦ ، نوفمبر ١٩٨٦ ، وقد جاءت نتيجة الاختبار القبلى على النحو التالى :

أولا : صحيفة الطلاب :

أجرى الاختبار بمدرسة الدوحة الثانوية على ٦٤ طالب يشكلون ١٠٪ من مجموع التلاميذ وجاء توزيعهم على النحو التالي :

الفرقة الأولى	٦ طلاب
الفرقة الثانية	٢١ طالبا
الفرقة الثالثة	٣٧ طالبا

وبلغ عدد الطلاب القطريين ٣٤ طالبا بنسبة ٥٣٪ ، وغير القطريين ٣٠ طالبا ونسبتهم ٤٧٪ وجاءت انتماءاتهم على النحو التالي :

فلسطيني (١٣) مصرى (١٠) أردنى (٣) سورى (٢) سودانى (١) اماراتى (١) .

وقد تركزت التعديلات في هذا الاستبيان في اضافة احتمالات جديدة لستة عشرة سؤالا هى ١٢ ، ١٣ ، ١٨ ، ٢٢ ، ٢٤ ، ٢٦ ، ٢٧ ، ٢٩ ، ٣١ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٥ ، ٣٦ ، ٤١ ، ٤٣ ، وجاءت تفصيلاتها على النحو التالي :

س ١٢ : اضافة احتمالات :

- نمل أسود مع سجائر .
- سفن أب + بيف باف .
- سفن أب + بيرة .
- حبوب من الصيدليات تؤخذ كل خمس حبات مرة واحدة .

- دواء البروتوفيل للكحة[٣] .
- كولونيا[٧] .
- كريم نيفيا بالخبز .
- حرق النمل وشم رائحته .
- ماكس فورت[٢] .
- اضافة الألبان على البيبسى وأخذ الاستيم والتطعيم به .
- الابر المخدرة .
- خبز في ماسورة العادم ـ تشغيل السيارة .
- القات .

س ١٣ : اضافة احتمالات :
- من برنامج الشرطة معك .
- من مدير المدرسة الاعدادية التي كنت بها .
- من اعلانات وملصقات لمكافحة المخدرات في دولة عربية أخرى .
- من المنطقة التي أسكن بها .

س ١٨ : متى عرفت بوجود هذه المشكلة في مدرستك الحالية ؟ .

اضافة احتمالات :
- المعروف أن الكثير من المدارس بها متعاطين [١] .
- جميع المدارس الثانوية يتم فيها التعاطى [١] .

س ٢٢ : اضافة احتمال :
- في أى مكان .

س ٢٤ : اضافة احتمالات :
- لانى كنت طالب في هذه المدرسة .
- من مظهرهم وشكلهم .
- من برنامج الشرطة معك .

س ٢٦ : اضافة احتمالات :
- من شكله وملامحه .

- من حديثى مع أصدقائه من المتعاطين .

س ٢٧ : اضافة احتمالات :

- منعزل اذا كان مدمنا اكثر من اللازم .
- اذا كان تعاطيه قليل علاقته قوية بالآخرين .
- علاقته محدودة وقاصرة على الذين يتعاطون مثله .
- علاقته سيئة لمحاولته تخريب الآخرين .

س ٢٩ : اضافة احتمالات :

- طيب ومحبوب .
- خارج البيت مبسوط ومكتئب عند العودة اليه .
- اذا استعمل المخدر عن طريق التدخين لا يستطيع اغلاق فمه .

س ٣١ : اضافة احتمالات :

- النوم أثناء الدرس .

س ٣٢ : اضافة احتمالات :

- الاقامة في منطقة تنتشر فيها المخدرات .

س ٣٣ : اضافة احتمالات :

- الملل .
- صحبة المتعاطين .
- سوء معاملة الآباء للابناء .
- الاحساس بالضياع والخوف من المستقبل .
- تجمعات الشباب في المجالس دون رقابة .

س ٣٤ : اضافة احتمالات :

- البعض يحصل عليه دون مقابل .
- البعض يحصل عليه ويتعاطى نصفه ويبيع النصف الآخر بضعف ثمن الشراء .

س ٣٥ : اضافة احتمالات :

- طرد التلميذ من الصف يدفعه الى مشاركة المتعاطين . (يقضى العرف في بعض المدارس بطرد التلميذ المشاغب أو الذى تأخر عن الدرس ٥ دقائق أو يزيد) .

- سخرية المدرس من الطالب .
- عدم التفاهم مع المدرسين .

س ٣٦ : اضافة احتمالات :
- تدهور المتعاطى .
- انتشار الادمان بين الطلاب بطريقة سريعة .

س ٤١ : اضافة احتمالات :
- للمشاكل التي حدثت للآخرين الذين اتصلوا به (لو جروا يه ينفصلوا) .
- ليسوا في حاجة الى المشرف لانها علقت في عقولهم ، ولن يفعل لهم شيئا غير اثارة المشاكل .

س ٤٣ : اضافة احتمالات :
- انصحه بالتوقف عن الاستعمال .
- انصحه بالصلاة والايمان بالله (٣) .
- اذكره بعقاب الله (١) .
- لن أفعل شيئا اكثر المتعاطين مباحث .

كما كشفت تجريب الاستبيان على ضرورة اضافة :

١ - احتمال (لم يبين) تحقيقا للملاحظة الاحصائية .
٢ - اقترح حذف سؤال (٥) .
(١) لصعوبة الحصول على كشوف الدرجات من الاداريين .
(٢) بيانات الطلاب غير دقيقة .
نرى الاهتمام بها في حالة وجود حالات مدمنة بالفعل .
٣ - استبعدت السنة الاولى بعد ملء ست استمارات حيث وجدت ان الاجابات في عمومها سلبية لحداثة عهد الطالب بالمدرسة ، (بدأت الدراسة ١٥ سبتمبر وتم اجراء اختبار صحائف الاستبيان ابتداء من ١٥ اكتوبر . .) .
وبالتالى تم تعديل العينة بعد استشارة هيئة البحث لتصبح عمدية (الاقتصار على طلاب الفرقتين الثانية والثالثة) والخروج على قوائم التلاميذ مع الاخذ في الاعتبار ان هدفنا الاساسى اختبار مدى صلاحية الأداة .

٤ ـ ـ رفض احد الطلاب الاستجابة .
ـ استبعاد بعض التلاميذ لعدم تواجدهم في الفترات التى تواجد فيها الباحثان [٣] .
ـ استبعاد أحد الطلاب لعدم الانضباط [١] .
٥ ـ لوحظ أن بعض الطلاب يجيبون بالنفى على اسئلة التعاطي في المدرسة ثم تأتى اجاباتهم بالايجاب بعد ذلك في الاسئلة المرتبطة [٦] .
٦ ـ هناك اجماع من العينة على عدم اللجوء الى الاخصائي واختلفت الأسباب إلا أنها تشير الى :
أ) الخوف من الاتصال بولى الأمر .
ب) تبليغ ادارة المدرسة .
ج) التحويل للصحة المدرسية والفضيحة .
د) الخوف من الفصل .
هـ) عدم الثقة بالاخصائى .

مدى فاعلية الأداة :

ان استجابة الطلاب للأداة كان على درجة عالية من الفاعلية ويجب أن نذكر أن ملء الاستمارة كان يتم بعد الاجتماع بعدد محدود من الطلاب ٤ أو ٥ أو ٦ دفعة واحدة وشرح أهداف البحث ودوافعه والرغبة في معرفة آرائهم للاستفادة منها ، وقد تمت هذه المقابلات إما في حجرة الاخصائى الاجتماعى أو في الفصول الدراسية الخالية (اثناء تدريس مادتى التربية الفنية والرياضية) ، ويمكن الوقوف على مدي فاعلية الأداة من الاسئلة ٦ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢١ ، ٢٥ .

سؤال ٦ : كانت الاجابة على النحو التالي :
ـ لم يرسب أبدا ٤٢ .
ـ رسب مرة واحدة ١٨ .
ـ رسب مرتين ٣ .
ـ رسب ثلاث مرات ١ .

سؤال ١٦ : هل هناك مشكلة تعاطى مخدرات بين الشباب في قطر ؟

	قطرى	غير قطرى
الاجابة	$\frac{٣١}{٣٥}$ يرى وجود المشكلة	$\frac{١٣}{٣٠}$ يرى وجود المشكلة

سؤال ١٧ : هل هناك بعض التلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات ؟ .

قطرى	غير قطرى
٣٣/٣٤ يقرون بوجود المتعاطين بالمدرسة	١٤/٣٠ يقرون التعاطى

سؤال ١٩ : أوضح خمسة من الطلاب من العينة برؤيتهم المباشرة للتعاطى في المدرسة .

سؤال ٢١ : اجاب ٢٢ طالبا بالتعاطى داخل المدرسة ، ٣٦ بالتعاطى خارج المدرسة (جمع البعض بين الاحتمالين) .

سؤال ٢٥ : هل تعرف زميلا بالمدرسة يتعاطى المخدر ؟ .

قطرى	غير قطرى
٢٣/٣٤ اجابو بالايجاب	١٠/٣٠ اجابوا بالايجاب

ثانيا : صحيفة المدرسين والاخصائيين ورواد الأسر والفصول :

عدد الاساتذة (بما فيهم المدير والوكيل) (٤٦) .
تعذر ملء أربع استمارات لأربعة من أعضاء هيئة التدريس رفض بعضهم فضلا عن عدم تواجد البعض الآخر في الايام السابق الاشارة اليها ، على الرغم من المحاولات المستمرة لتبديد الخوف .
تم ملء (٤٢) استمارة لأعضاء هيئة التدريس جنسياتهم على النحو التالي :

قطريون	مصريون	فلسطينيون	اردنيون	سودانيون	لم تحدد هويتهم
٢	١٥	٩	١٠	١	٥

بالنسبة للذين لم تحدد هويتهم (٥ حالات) .
عدد (٣) اغفال تحديد الجنسية .
عدد (٢) عدم ملء البيانات الأولية .

وقد أسفر تجريب الاستمارة عما يلي :

س ١١ : تعديل صياغة : ليصبح هل هناك طلاب في مدرستك أو المدارس الأخرى التى عملت بها يتعاطون المخدرات ؟ .
تبرير : بعض المدرسين نقلوا الى المدرسة حديثا ؟ .

س ١٢ : اضافة احتمالات :

- من المظهر الخارجي أو شكله العام .
- من حديثي مع بعض الزملاء أو الاداريين بالمدرسة .
- من سلوك بعض الطلاب .

س ١٤ : اضافة احتمال : في نهاية السؤال

صعوبة تحديد العدد ( )
يقر بوجود الظاهرة لكنه لا يستطيع تحديدها كميا ( )

س ١٥ : اضافة احتمالات :

- من خلال حديثي مع زملاء الطلبة الذين يتعاطون المخدرات .
- من خلال حديثي مع بعض الاداريين .

في ثالثا : حذف (بين الطلاب) ليصبح :
ملامح التعاطى وأعراضه .

س ١٨ : اضافة احتمالات :

- سواد أطراف الاصابع والشفاة .
- عدم القدرة على التركيز والسرحان .

س ٢٠ : اضافة احتمالات ؛

- هروبي .
- عصبي .
- متردد .
- متهور .

س ٢٢ : اضافة احتمالات :
التحرك في شلة أو الشللية عدد [٢] .

س ٢٣ : تعديل صياغة :
هل سمعت ؟ بدلا من هل لاحظت ؟ كيف يتسنى لهم الملاحظة داخل الأسرة ؟ .

س ٢٤ : اضافة احتمالات :

- لا يحاول اثارة مشاكل .

فصل احتمال (العناد) عن (السلبية) .

س ٢٥ : اضافة احتمالات :

- ملاحظاتى الشخصية .
- من زملاء الطلبة الذين يتعاطون المخدرات .
- من تجربتى الخاصة مع الطلاب .

س ٢٦ : تعديل صياغة : يصبح السؤال :

هل لاحظت ملامح سلوكية تميز المتعاطى في المدرسة أو أى مدرسة أخرى ؟ .

س ٢٧ : تكملة احتمال تكرار الغش اذا وجد الفرصة

اضافة احتمالات :

- الاهمال في كل شيء .
- السلبية المطلقة .
- لا يهمه الرسوب .
- لا يهمه العقوبة بل ويسعى اليها لحرمانه من الدراسة لتتاح له فرصة التعاطى .

س ٢٨ : (١) اضافة احتمالات :

- سعر المخدر ثابت ومازال كما هو منذ السبعينيات .
- كثرة السفر الى بلاد تنتشر فيها المخدرات .
- السعة المادية .
- تأثير المربيات والخدم الأجانب .

(٢) تعديل صياغة السؤال (٢٨) ليصبح :

ما الأسباب أو الدوافع العامة للتعاطى في الحالات التى تعرفت عليها ؟ .

(حذف كلمة مدرستك) أو اضافة مدارس أخرى .

س٢٩ : اضافة احتمالات :

- طول المقررات لا يتناسب مع القدرات النفسية والعصبية للطلاب[١] .
- الهروب من الفشل .

س ٣٠ : اضافة احتمالات :

- وجود الخدم والمربيات الأجانب في البيت القطري .

- الافتقار الى الوازع الدينى .

س ٣١ : **تعديل الصياغة ليصبح :**
ما هى المشكلات التربوية الناتجة عن التعاطى في الحالات التي صادفتها (دون الاشارة الى المدرسة) .

س ٣٢ : حذف (مدرستك) في صيغة السؤال وان ذكرت يضاف (أو في المدارس الآخرى) .

في سادسا : يعدل ليصبح من قبل الاساتذة أو رواد الفصول أو الأسر أو الاخصائيين .

س ٣٥ : **اضافة احتمالات :**

- تزويدهم بموضوعات فنية توضح خطر التعاطى .
- شرح الاضرار الناتجة عن الادمان موضحة بالوثائق والاحصائيات .

س ٣٨ : **اضافة احتمالات :**

- تأثير الشلة أو الصحبة أقوى عدد (٢) .
- لم اكتشف حالة لمتابعتها عدد (٤) .
- لم يتصل به احد من المدمنين .

ملاحظات عامة :

- وضع احتمال (لا أعرف) بدلا من (لا أدرى) .
- وضع احتمال (لم يبين) في جميع الاسئلة تحقيقا للملاحظة الاحصائية .

مدى فاعلية الاداة :

١ - وجود خمس استمارات رفض أصحابها تحديد هويتهم :

- استمارتان رفضتا ذكر البيانات الأولية من ١ : ١٠ .
- ثلاثة استمارات لم يوضح فيها بيان الجنسية .

٢ - ثلاثة استمارات أخرى جاءت الأجابة فيها سلبية تماما وتكاد تنحصر في (لا أدرى) .

٣ - وعلى الرغم من ذلك فهناك مؤشرات توضح ايجابية الاداة

(أ) اجابة السؤال (١١) هل هناك طلاب في مدرستك يتعاطون المخدرات ؟ .

(١٣) حالة تقر التعاطى (١٣) حالة اخرى لا أدرى باقى الحالات لا .

(ب) وجاءت اجابة السؤال (١٤) كم عدد الحالات الموجودة في مدرستك ؟
على النحو التالي :

أقل من ٥	٦ حالات
من ٦ ـ ١٠	٥ حالات
من ١١ ـ ١٥	حالة واحدة
من ١٦ ـ ٢٠	لا يوجد
أكثر من ٢٠	حالة واحدة .

(ب) دراسة الحالة **Case Study**

لم يعد هناك مجال لتجنب التحدى الذى طرحته مشكلة المعرفة الكيفية والذى تمثل أساسا في الاقتصار على الكم دون الكيف ، ومن ثم فإن الاعتماد على بعض الطرق الانثروبولوجية ضرورى لدعم المعطيات والبيانات التى نريدها بصدد موضوع تعاطى المخدرات ، ومن ثم يتسنى لنا جمع الحقائق وتفسيرها واستخلاص دلالتها وسوف يكون اعتمادنا على :

١ ـ الملاحظة المباشرة :

والتى تمكن الباحثين الملاحظين من تسجيل بعض الانماط السلوكية أو الظواهر المرتبطة بالادمان ، وفي هذا الصدد ينبغي أن نأخذ في الاعتبار :
أ) كيفية بناء العلاقة بين الباحث الملاحظ وأفراد العينة .
ب) المادة التى يراد جمعها ، أو المعلومات التى نريد الحصول عليها .
ج) تسجيل المادة .

٢ ـ المقابلة الشخصية **Personal Interview** :

لعدد من الحالات المتاحة من المدمنين ، هنا يمكن الاعتماد على ما يسمى بالمقابلة الايجابية **Positive Interview** حيث يترك المدمن مثلا يتحدث عن نفسه ومشكلاته وظروفه وتاريخه المرضى حتى يتسنى لنا الوصول الى نوع من التسجيل الوصفى لظروف التنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة المبكرة ، والمتأخرة ، البناء الأسرى ، الوضع الاقتصادى ، طبيعة العلاقات ، بداية الادمان ، تاريخه الادمانى ، الآثار المترتبة ، الاحساس الذاتى بالمشكلة ، وينبغى أن نؤكد أنه كلما زاد اختيار المدمنين ذوى الاتجاه الايجابى نحو البحث كلما ازداد فهمنا للعوامل الاجتماعية التى دفعتهم للأدمان .

هذا وقد أمكن اجراء عشر حالات Cases ، وكنا في كل حالة نلتقى بالمدمن ومنذ بداية اللقاء نحاول مساعدته للتخلص من توتراته ، مطالبين منه ان يساعدنا في التعرف على جانب من معاناته مع المخدر ، نترك له الحرية التامة لكي يتحدث في أسهاب ولا يتدخل الباحث بين الحين والآخر إلا لتوجيه الحديث أو لطلب المزيد من التفصيلات أو للانتقال من نقطة لأخرى ، ويتم التسجيل في حينه ، ملاحظة تعبيرات وجهه وحركاته . . اكتشاف التناقض في اقواله ، مواجهته بعد حين أو في جلسة تالية ببعض المعلومات او ايضاح المزيد من التفصيلات . . وعلى الرغم من الصعوبات التي واجهتنا في مقابلة هؤلاء المدمنين ، وعلى الرغم من محاولاتنا التى باءت بالفشل في بعض الاحيان حتى لمجرد مقابلتهم فقد استطعنا الوصول الى مادة وثيقة الصلة بالمدمن ، علاقاته الأسرية ، تكيفه أو توافقه الأسرى ، علاقاته ، حالته الصحية والمزاجية ، كيفية الحصول على المخدر ، استخدام اكثر من مخدر . . الخ ، وعلى الرغم من الانتقادات التي يمكن أن توجه الى دراسة الحالة كما سوف نشير في حينه إلا أننا نعتبرها من أفضل الطرق السسيوانثربولوجية وأكثرها فائدة اذا ما أريد الوصول الى نوع من المعرفة الكيفية .

رابعا : الصعوبات المنهجية :

(١) صعوبات متعلقة بالعمل الميداني واستجابة المبحوثين .
(٢) الصعوبات المنهجية المرتبطة أساسا باختيار العينة والثبات والصدق .

(أ) كان من أبرز الصعوبات التى واجهت فريق البحث عزوف بعض الاداريين ورواد الاسر والفصول عن المشاركة في هذا البحث نظرا لارتباطه بموضوع (ادمان أو تعاطى المخدرات) ، وعلى الرغم من المحاولة المستمرة لاعطائهم المزيد من الامان وحثهم على المشاركة سواء عن طريق الدخول معهم في مناقشة وحوار مباشر لتوضيح خطورة المشكلة ومبررات بحثها من ناحية ، وعن طريق الاتصال بمدراء هذه المدارس وطلب المساعدة واقناع اعضاء هيئة التدريس والرواد والاخصائيين بأهمية المشاركة ، وعن طريق ارسال (تعميم) من قبل وزارة التربية والتعليم الى هذه المدارس المعنية لاخطارها بأهمية البحث ، فضلا عن قيام ادارة الخدمة الاجتماعية في اجتماعها التقليدى باخطار الاخصائيين الاجتماعيين بأهمية المساهمة ، فان بعض الاداريين ورواد

الأسر والفصول احجموا عن المشاركة ، وعلى الرغم من أن هناك نسبة لا بأس بها من المشاركين في البحث إلا أن البعض حاول الهرب من اثبات الذات أو الهوية وقد اتضح ذلك في استجاباتهم لعدد من الاسئلة كتلك التي تشير الى الجنسية (١٣,١٪ اغفلوا الاشارة الى الجنسية) أو الى السن (٥,٦٪ لم يذكروا السن) أو الدين (٣,١٪ اغفلت ذكر الديانة) ويدا العزوف في صورة صارخة عند ذكر المؤهل ، إذ بلغت نسبة أولئك الذين اغفلوا تحديد المؤهل ٦٦,٩٪ من عينة الدراسة ، وكذلك عدد سنوات الخدمة اذ ذهب ١٦,٢٪ الى عدم تحديدها ، و ١٥٪ الى اغفال ذكر عدد الابناء ، أو نوع الابناء ذكورا أم اناثا . . هروبا من اثبات الهوية . . بيد ان هناك استجابات اخرى استهدفت الابتعاد عن تناول مشكلة تعاطى المخدرات ، وخاصة تلك التي تدور حول الاعتقاد بانتشار ظاهرة التعاطى فى المدرسة إذ اغفلت ٤٤,٤٪ (٧١حالة) الاجابة على هذا التساؤل ، وكذلك التساؤل المرتبط بتقديرهم لعدد حالات التعاطى بالمدرسة ، إذ آثر مائة من رواد الأسر والفصول والاداريين والاخصائيين يشكلون ٦٢,٥٪ الابتعاد عن مثل هذه التقديرات ، بل ذهبت نسبة متفاوتة من العينة تتراوح بين ٥٦,٩٪ و ٦٥,٦٪ الى القطع بعدم وجود خصائص جسمية أو سلوكية أو اجتماعية تميز المتعاطين ، ولا تبرير لذلك سوى رغبتهم في الابتعاد عن الخوض في مثل هذه الموضوعات خشية أن تثير استجاباتهم مشكلات قد يترتب عليها تهديد بقائهم وتفقدهم موارد رزقهم أو تجنبا . . للدخول في المزيد من التساؤلات عن اولئك الذين يدمنون أو يتعاطون فضلا عن ردود فعل المدمنين أنفسهم تجاههم .... الخ . .

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فان الصعوبات التي واجهت فريق البحث عند تطبيق استمارة أولياء الأمور جعلتنا نتنازل عن بعض الاعتبارات المنهجية في ضوء الظروف المحيطة ، لقد فشلت محاولات مقابلة أولياء الأمور في محاولتين :

(أ) حاول فريق البحث مقابلة أولياء الأمور ممن يترددون على المدرسة خلال فترة تواجده في فترة الاختبار القبلى ولمدة ٨ أيام كما سبق الاشارة ثم خلال ديسمبر ١٩٨٦ دون جدوى .

(ب) اقترح فريق البحث على ادارة المدرسة عقد مجلس الآبـاء ، إلا أن الاداريين والاخصائيين وبعض رواد الأسر والفصول اوضحوا عقم هذه الطريقة إذ أن محاولاتهم المستمرة لعقد مجالس الآباء لا تسفر إلا عن حضور عدد محدود جدا من أولياء الأمور لا يتجاوز في افضل الحالات عشر المدعوين ، ففي المحاولة الأخيرة لعقد مجلس الآباء في مدرسة الدوحة الثانوية مثلا ، وجهت الدعوة لاكثر من ثلاثمائة من أولياء الأمور ، ولم يتجاوز عدد الحضور الثلاثين بكثير وإن كانت غالبيتهم ممن ينتمون الى الجماعات العرقية الوافدة .

من هنا جاء التفكير في اللجوء الى طلاب الجامعة ممن ينتمون الى قسمى الاجتماع والخدمة الاجتماعية ، واختيار عدد من الطلاب ممن لهم اشقاء في المرحلتين الاعدادية والثانوية ولدى آبائهم الاستعداد لملء صحف الاستبيان ، وقد أمكن بالفعل حصر هؤلاء الطلاب ، وجمع البيانات بعد محاولات مكثفة استمرت طول عام ١٩٨٧ (ربيع ٨٧ ، خريف ٨٧) وإن كان هذا لم يمنع من وجود عدد غير محدود رفض الاستجابة (٨١ حالة) فلكى نحصل على استجابات مائة حالة ، قمنا بتوزيع ١٨١ صحيفة ، وقد تم توزيع الاستبيانات على عدد محدود من الطلاب في مجموعات من (٥ ـ ١٠) وتم تدريبهم بعد شرح اهمية البحث واستثارة حماسهم على كيفية ملء الاستبيانات والكيفية التى توجه بها الاسئلة ، وقد تم بالفعل الحصول على مائة استمارة في الفترة السابق الاشارة اليها .

ثانيا : الصعوبات المنهجية المرتبطة باختيار العينة وثبات وصدق المعلومات :

منذ البداية ينبغى أن نوضح أن مشكلة المنهج في بحوث المخدرات والأدمان مازالت قيد البحث واهتمام الذين يعملون في هذا المجال ، حاولنا التغلب على اختيار العينة ومدي تمثيلها كما سبق الاشارة ، فاستبعدنا طلاب الفرقة الاولى لعـدم خبرتهم ودرايتهم بمدى وجود مشكلة التعاطى وتقديراتهم في هذا الصدد لتصبح العينة عمدية او متعمدة ، أما فيما يتعلق بعدم تمثيل الحالات العشر التى قمنا بدراستها كحالات Casesفكما سبق الاشارة ينبغى ان تظل النتائج محدودة ومرتبطة بمحدودية العينة وإن كانت ولا شك قد ساعدت على وضوح الرؤى للمشكلة وابعادها كما سوف نشير في حينه ، وأيا كان الأمر فقد حاولنا التغلب علي هذه المشكلات (بالنسبة لاستمارة الطلاب ، واعضاء الهيئة التدريسية) بارتفاع نسبة العينة ٢٠٪ للطلاب ، و٣٣ ١/٣٪

لاعضاء الهيئة التدريسية ، نأتى بعد ذلك الى مشكلة ثبات وصدق الاداة* ، ولا شك أن هناك طرق كثيرة لحساب الثبات وقد آثرنا طريقة اعادة الاستبيان أى اجرائه مرة اخرى على مجموعة من الطلاب محددة سبق لكل منهم ان اعطى رمزا لصحيفته ، ثم تكرار اعطاء نفس الرمز في المرة الثانية وحللت النتائج لمعرفة مدى الاتساق ، وبعد اجراء اختبار معامل الثبات **Reliability Coefficient** تبين أنه قد بلغ ٨٨, ٠ وهو معامل مرتفع .

أما الصدق **Validity** يستهدف أن تقيس الأداة ما وضعت له ، أن الأداة تصبح صادقة اذا استطاعت أن تجمع المادة التى تستهدفها وقد تم ذلك عن طريق مناقشة محتويات الصحائف الأربعة من قبل لجنة البحث المشكلة من خبراء فى علم النفس والتربية والاجتماع والانثربولوجيا والطبنفسى ، في محاولة للبحث عن الثغرات ، مدى اتفاق المادة التى تصل اليها في الاختبار القبلى مع السلوك الواقعى ، **لاشك ان المناقشة المستمرة من قبل هذه الهيئة المتخصصة تجعل الامل يحدونا في أن تكون الأداة صادقة ، وفي الحقيقة ان دور هذه الهيئة لم يقتصر على ذلك اذ امتد دورها طوال فترة البحث من خلال اجتماعات دورية بلغت اثنتا عشر اجتماعا كما سبق الاشارة ، ولقد كان لجهودها الكثير من الفائدة المرجوة خاصة وان لاعضائها تجربتهم الطويلة في مجالات تخصصاتهم المتباينة** . ومن ناحية اخرى في محاولة تحقيق ثبات المعلومات وصدقها آثرنا ان يقوم اعضاء هيئة التدريس المشتركين في البحث بملء صحائف الاستبيان بأنفسهم ، فضلا عن ضرورة توجيه الاسئلة بكيفية واحدة خاصة بالنسبة لصحائف الطلاب واعضاء الهيئة التدريسية وتجنب شرح السؤال ، ولم تكن هناك حاجة بالفعل الى شرح الاسئلة اذ صيغت بطريقة واضحة ومحددة مفهومة ومدركه الى حد بعيد .

خامسا : **خطة التحليل** :

(أ) تحليل طبقا لمستوى كل أداة على حده وادراك ما بين متغيراتها من علاقات وارتباطات .

---

* يذهب **Fairchild** الى تعريف الثبات : بمدى اتساق المادة التى نصل اليها إذا ما اعيدت محاولة جمعها مرة أخرى على نفس الأفراد والظواهر تحت نفس الظروف أو ظروف أخرى مشابهه (٧) .

(ب) تحليل قطاعى للادوات الأربع : صحيفة الطلاب ، صحيفة رواد الأسر والفصول والاخصائيين ، صحيفة أوليـاء الأمور . . فضـلا عن دراسة الحالة .

الفصـل الثانـي
تحليل البيانات، ومناقشة النتائج

المستوى الأول : عرض البيانات وتحليلها وتفسيرها بالنسبة لكل أداة .

المستوى الثاني : العلاقات التبادلية بين نتائج الدراسة قضايا أساسية .



يتضمن هذا الفصل تحليل البيانات ومناقشة النتائج وفق مستويين هما :
ـ عرض البيانات، وتحليلها ، وتفسيرها على مستوى الآداه (كل استهارة استبيان على حده) .
ـ تحليل العلاقات التبادلية بين نتائج استهارات الاستبيان بعضها البعض في ضوء قضايا أساسية .

ونعرض فيما يلي لكل مستوى من التحليل على حده :

المستوى الأول : عرض البيانات وتحليلها، وتفسيرها بالنسبة لكل أداة :
أعتمدت الدراسة كما سبقت الأشارة على أداة الأستبيان ممثلة فى أربع استهارات استبيان جمعت المادة من خلال ثلاث منها (للأسباب سالفة الذكر) وهى :
ـ أستهارة الاستبيان الموجهة للطلاب .
ـ أستهارة الاستبيان الموجهة لأولياء الأمور .
ـ أستهارة الاستبيان الموجهة لأعضاء هيئة التدريس ورواد الفصول والأخصائيين الاجتماعيين .

ولنعرض فيما يلي لنتائج كل استبيان على حده :

أولا : الاستبيان الخاص بالطلاب :

تضمنت هذه الأداة بنودا رئيسية خمسة هى :
ـ بيانات أساسية .
ـ تصور وجود المشكلة .
ـ ملامح التعاطي .
ـ الأسباب الدافعة للتعاطي .
ـ مشكلات مترتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لمواجهتها .
ـ ونفصل القول في كل بند من هذه البنود على النحو التالي :

أولاً ـ بيانات أساسية : ونعالجها في ضوء مجموعة من المتغيرات نذكر أهمها فيما يلي :

(١) الســـن :

تبين أن النسبة الغالبة من أفراد العينة (حوالي ٥٩٪) تقع ضمن الشريحة العمرية (١٦ - ٢٠ سنة) بينما تبلغ نسبة من يقعون في الشريحة العمرية الاقل (١٢ - ١٦ سنة) حوالي ٢١٪ . أما الذين تتجاوز أعمارهم ٢٠ عاماً فتبلغ نسبتهم حوالي ١٨٪ وتتدنى الشريحة العمرية (أقل من ١٢ سنة) لتبلغ ٩,٠٪ (جدول رقم ١) .

ويكشف هذا البيان أن غالبية أفراد العينة تقع في الشريحة العمرية المقترنة بالدراسة في المرحلة الثانوية وهذا متسق مع عينة الدراسة إذ بلغت بين طلاب المرحلة الثانوية إضافة إلى المعهد الديني الثانوي ومركز التدريب المهني حوالي ٦٣٪ من جملة عينة الطلاب . بينما بلغت حوالي ٣٧٪ بالنسبة للمرحلة الأعدادية وهذا يتسق أيضا مع الشريحة العمرية (١٢ - ١٦ سنة) سالفة الذكر .

أما نسبة من يقعون في الشريحة العمرية ٢٠ سنة فأكثر فيمكن تفسيرها في ضوء وجود أعداد من الطلاب بالمدرستين التجارية والصناعية الثانويتين اضافة الى مركز التدريب المهنى، وهى تتميز بارتفاع نسبى في متوسط الأعمار بين طلابها لأسباب عديدة من بينها التأخر الدراسي .

وقد بلغ متوسط العمر للطلاب بالعينة ١٧ سنة بانحراف معيارى قدره ٣,٢٥ .

(٢) الجنســية :

فى حدود (٩٣٧) طالبا هم حجم العينة تبين أن النسبة الغالبة منهم حوالى ٦٤٪ من القطريين ويليهم - وبفارق كبير نسبيا - الفلسطينيون إذ لا تزيد نسبتهم عن ١٠٪ من جملة أفراد العينة ثم الأردنيون ٧٪ والمصريون ٦٪ تقريبا فاليمنيون (شمالي وجنوبي وغير محدد) ٢٪ ثم السودانيون ١٪ .

وتتدنى بعد ذلك نسب الجنسيات بالعينة إلى أقل من ١٪ (حوالي سبع عشرة جنسية) بلغت أدناها (١,٠٪) ممثلة في طالب واحد من كل من : الأمارات العربية المتحدة، والعراق وتونس . (جدول رقم ٢) .

ومن الطبيعى أن تغلب نسبة القطريين بالعينة فهى لم تكن متمركزة في مدرسة معينة أو مدارس بالذات وإنما كانت شاملة وممثلة لمدارس عديدة (٥٠٪ من مدارس الدوحة) فضلاً عن تمثيلها للتعليم النوعى (صناعي - تجاري - ديني - مركز التدريب المهني) .

(٣) الوضع التعليمى للطالب :

توزعت عينة الدراسة طبقا للمرحلة الدراسية بين تعليم ثانوي، وآخر أعدادي وقد بلغت نسبة الطلاب بالمرحلة الثانوية حوالي ٦٧٪ بينما كانت النسبة بالمرحلة الإعدادية فى حدود ٣٣٪ . (جدول رقم ٤) .
وتتسق هاتان النسبتان مع التصور الرئيسى للدراسة والذى انطلق من أنه يفترض أن الظاهرة موضوع الدراسة (تعاطي المخذرات) تبدو وبشكل أوضح في المرحلة الثانوية عنها بالمرحلة الأعدادية ذلك أن الشريحة العمرية بالأولى تتسق مع أمكانية التعامل مع هذه الظاهرة . الأمر الذى فرض علينا أختيار عينتنا بشكل عمدي تغلب فيها نسب طلاب المرحلة الثانوية وتصل إلى الثلثين .

وقد أفادت البيانات بأنه في حدود نسب طلاب المدرسة الثانوية التي يتم فيها التشعيب (٥٢,٥٪) (أدبي - علوم - رياضيات) قد ارتفعت من هم في شعبة العلوم حوالي ٣٧٪ مقابل ١٥٪ أدبي وأقلية شديدة في شعبة الرياضيات ٥,٪ (جدول رقم ٥) ويعكس ذلك شيئين : الأول أن واقع بعض المدارس التى تضمنت بالعينة يشهد بزيادة نسبة من هم في شعبة العلوم . أما الثاني فيرتبط بظروف العشوائية التي اتسم بها سحب العينة داخل المدارس والتي حددت بالتالي اطار العينة فجاءت على هذا النحو .

أما فيما يتعلق بتوزيع العينة للصف الدراسى فقد كشفت البيانات أن النسبة الغالبة سواء بالمرحلة الأعدادية أو الثانوية كانت من بين طلاب الصف الثاني (جدول رقم ٦) .
وقد تم هذا بتعمد من منطلق أن طلاب الصف الأول حديثو العهد بالمدرسة ولم يتكيفوا بعد لنظامها، بل ويصعب تصورهم لمدى أنتشارية الظاهرة كما سبق الاشارة، أما طلاب الصف الثالث فقد بلغت نسبتهم ٤١,٧٪ من جملة العينة .

وقد أبانت الجداول المرفقة (جدول رقم ٧) مسألة عدد مرات الرسوب حيث تبين أن النسبة الغالبة بين الطلاب (حوالي ٦٣٪) لم ترسب اطلاقا . غير أنه في حدود الراسبين (أى ٣٧٪) بلغت نسبة من رسبوا مرة واحدة (حوالي ٣١٪) يليهم من رسبوا مرتين (حوالي ٦٪) ثم ثلاث مرات (حوالي ٤٪) ثم كلما زادت مرات الرسوب تدنت النسب لتصل إلى حوالي ٣,٪ لمن رسبوا تسع مرات غير أن هذا البيان لايعنى شيئاً في حد ذاته وقد بلغ متوسط عدد مرات الرسوب ٧, بانحراف معيارى قدره ١,٢ .

(٤) تعليم الأب، ومهنته :

بلغت نسبة الأميين من بين آباء الطلاب حوالى ٣٤٪ غير أن هذه النسبة ترتفع قليلا بين من يقرأون ويكتبون إذ تصل إلى مايقرب من ٣٧٪ ثم تبدأ في التدني الواضح بين من حصلوا على شهادات ابتدائية أو اعدادية حيث تساوت تقريبا (٨٪) لكنها ترتفع ثانية لتبلغ حوالى ١١٪ بين الحاصلين على شهادة ثانوية، ١٢٪ بين الجامعيين وحوالى ٦٪ بين الحاصلين على شهادة أعلى من الجامعية (جدول رقم ٨) .

ومن الملفت للنظر أن أكثر من نصف العينة (٥١٪) من الاميين والملمين بالقراءة والكتابة معا وهذه نسبة مرتفعة وبخاصة أن الشريحة العمرية لهؤلاء الآباء تقع بين ٤٠ - ٥٥ عاماً الأمر الذي يعكس ارتفاع نسبة الأميين بالعينة .

أما مايتصل بمهنة الأب فقد كشفت بيانات (الجدول ٩) عن تنوع مهني لافت للنظر غير أن المهن الغالبة كانت واضحة على الترتيب كما يلى : ارتفعت نسبة الموظفين المشتغلين بأعمال كتابية حكومية حيث بلغت حوالى ٣٣٪ ثم تساوت تقريبا بعد ذلك وبفارق نسبى كبير من هم بالمعاش ومن يعملون بالتجارة حيث بلغت نسبة كل منهم حوالي ١٢,٥٪ . أما المهن الفنية فقد بلغت نسبة من يعملون بها حوالي ٧,٥٪ وتلتها مباشرة من يعملون بالتدريس (٦٪) .

وتتسق هذه النتيجة إلى حد كبير من مثيلتها بين أولياء الأمور (وهم عينة أخرى) كما سنرى فيما بعد . أما الفروق فقد ظهرت واضحة في عينة الطلاب لزيادة حجمها حوالى تسعة أضعاف عينة أولياء الأمور (٩٣٧ : ١٠٠) .

(٥) ترتيب الأبناء في الأسرة :

يبين الموقف العام لترتيب المبحوث ضمن أخوته بالأسرة أن الترتيب الأول كان يستحوذ على أعلى النسب (٣٠٪) يليه الثانى (حوالى ١٥٪) ثم الثالث (١٤٪) وهكذا . . . إلى أن تنخفض النسبة كلما جاء ترتيب المبحوث متأخرا فمثلا حينما جاء ترتيبه الثامن كانت نسبة هؤلاء ٢,٢٪ أما نسبة المنتمين الى من كان ترتيبه التاسع فقد بلغت حوالى ١,٧٪ (جدول رقم ١٠)

ويؤكد هذا البيان أن الشريحة العمرية للآباء (٤٠ - ٥٥ عاما) من الطبيعى أن تنجب أبناء يقعون في الشريحة العمرية (١٦ - ٢٠ عاما) وهناك نسبة كبيرة منهم (حوالي ٦٠٪) يتراوح ترتيبهم بين الأول والرابع .

ويمكن أستخدام هذه المسألة في تفسير فكرة التواصل بين الأجيال وعلاقة الوالدين بالأبناء، والسلطة الوالدية ..... الخ وعلاقة ذلك بمشكلات الدراسة .
وقد بلغ متوسط ترتيب التلميذ في أسرته بالعينة ٣,٢٩ بانحراف معيارى قدره ٢,٣ .
ومن اللافت للنظر أن ترتيب الأبناء الذكور ضمن العينة قد جاء دائماً قبل الأناث ورغم أن ذلك في حد ذاته لا يعنى شيئاً إلا أنها قضية يمكن أن تثار في أرتباطها بسلوك الأبن بـالأسرة، وبعلاقـاته بـوالديـه وأخوتـه، وبأسلوب التنشئة الأجتماعيـة السـائـد بالأسرة ...... الخ [الجداول من (١١) الى (١٥)] .

(٦) السـكن :

في حدود ثمانية وأربعين منطقة سكنية (فريج) بالدوحة وضواحيها توزعت عينة الدراسة وكانت مشتتة إلى حد بعيد للدرجة التي لايمكننا معها إلا تمييز عدة مناطق لافتة للنظر وذلك على النحو التالي :
كانت النسبة المرتفعة (حوالي ٨٪) تسكن حيا واحدا هو فريج بن عمران، وتلاه مباشرة مدينة خليفة الشمالية (حوالي ٦٪) ثم فريج بن محمود (٥٪) .

أما الدوحة الجديدة فقد بلغت نسبة ساكنيها ضمن العينة ٤٪ ثم تلا ذلك المطار القديم والريان الجديد (٣,٦٪ في كل) .
وتساوت بعد ذلك تقريبا كل من أحياء : المنصورة، والوكرة، والمنتزه، والغرافة وكانت نسبة كل منهم تدور حول ٣٪ . (جدول رقم ١٦)

ويمكن تفسير ذلك مكانيا حيث أنه رغم الصغر النسبى لمدينة الدوحة إلا أن التوزيع الجغرافي يلزم ـ الى حد ما ـ بالالتحاق بالمدارس التي تقع قريبا من الحي السكني وكل الأحياء السابقة مناطق للسكني وتوجد بها مدارس اعدادية وثانوية، من هنا جاء توزيع الطلاب على هذا النحو .

وفيما يتعلق بحجرات المسكن اتضح أن النسبة الغالبة (٦٢٪) تقطن بمساكن تتكون بين أربع حجرات وثمان حجرات . وداخل هذه النسبة تصل نسبة من يسكنون في ٥ - ٦ حجرات ٣٣٪ من النسبة السابقة . أما ما دون ذلك (أى أقل من ٤ حجرات) فلا تتجاوز نسبتهم ١١٪ بينما تفتت نسبة من يقطنون في أكثر من ذلك إلى نسب ضئيلة تصل إلى أقل من ١٪ عندما تزيد الحجرات إلى ١٥ حجرة . (جدول رقم ١٧) .

ومن الطبيعي أن يناقش هذا البيان بنوعيه المسكن ونمطه فضلا عن المستوى الأجتماعي والأقتصادي للأسرة وعدد أبنائها .

وقد بلغ متوسط حجرات المسكن في العينة ٦,٦ حجرة بانحراف معياري قدره ٤,٣٤ .

وفيما يتصل بنوعية المسكن ونمطه أفادت البيانات بأن نسبة من يتملكون منازلهم تبلغ أكثر من نصف حجم العينة (٥٢٪) بينما جاوزت نسبة الذين يقطنون بمسكن حكومي الربع بقليل (٢٧٪) في حين وصلت نسبة من يستأجرون منازلهم حوالي ٢١٪ . (جدول رقم ١٨) .

وتفسر هذه النتيجة في ضوء توزيع العينة طبقا للجنسية حيث تبلغ نسبة القطريين بها حوالي ٦٣٪ ومعظمهم يتملكون منازلهم .

أما نمط المسكن فقد اتضح أن نسبة الذين يقطنون « بيتا شعبيا » بلغت حوالى ٥٠٪ يليهم من يسكنون « فيلا » وتصل نسبتهم إلى حوالي ٣٢٪ ثم أخيرا من يقيمون « بشقة » حيث لم تزد نسبتهم عن ١٢٪ .

ثانيا : تصور وجود المشكلة :

ويمكن أن نعرض لهذا الجانب في ضوء مايلي من عناصر :

(١) المواد المخدرة، ومصدر السماع عنها :

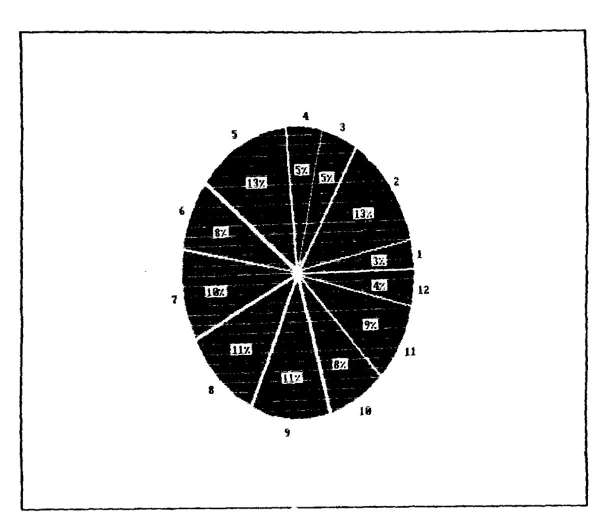
تناول الجدول رقم (٢٠) توزيع افراد العينة وفق تصورهم للمواد المخدرة (طبقا للقائمة الواردة باستمارة الاستبيان) وأنه في حدود أحدى عشرة مادة مخدرة وردت مصنفة بالقائمة بالسؤال رقم (١٢) باستبيان الطلاب ذكر حوالي (١٤٪) منهم أن الحشيش مادة مخدرة ثم تلي ذلك مباشرة من قالوا بالأفيون (١١,٧٪) ثم الهيروين (١١,٦٪) ثم الكوكايين (١١,٤٪) وواضح أن الفروق الأحصائية بين هذه الموارد التقليدية ضئيلة للغاية ، غير أنه من اللافت للنظر أن يأتى بعدها مباشرة : البترول والصمغ والغراء معا بنسبة ١٠٪ وهى مواد « محلية يرتبط استعمالها بمسألة التجربة والخطأ والخبرة المكتسبة أو الخبرة المنقولة وما إلى ذلك .

أما مركبات الأفيون والمورفين والكودايين فقد بلغت نسبة من تعرف عليها كمخدر حوالي ٨,٥٪ وهى نفس نسبة من أكدوا معرفتهم بحبوب الهلوسة . ثم تتدنى بعد ذلك بقية المواد فتأتى المنومات ٦,٥٪ ثم المهدئات ..... الخ .

جـدول رقم « ٢٠ »

توزيع العينة وفق تصورهم لنوعية المواد المخدرة (س ١٢)

م	المـواد المخـدرة	التكرار	النسبة
١	أسـبرين	١٨٢	٢,٨ ٪
٢	حشيش	٩٠١	١٤٪
٣	حـبوب منبهة	٣٢٠	٥ ٪
٤	مهدئات فاليوم روش ٢	٣٣٤	٥,٢ ٪
٥	المنـومـات	٩١٤	٦,٥ ٪
٦	حبوب الهلوسـة	٥٥٤	٨,٦ ٪
٧	الكوكـايين	٧٣٤	١١,٤٪
٨	الهـيرويـن	٧٩٢	١١,٦٪
٩	الأفيون (تريـاق)	٧٥٤	١١,٧٪
١٠	مركبات الأفيون المورفين، الكودايين	٥٩٣	٨,٥ ٪
١١	البترول والصمغ والغراء	٦٤٩	١٠,١٪
١٢	أخـرى تذكـر	٢٩٢	٤,٥ ٪



توزيع العينة وفق تصورهم لنوعية المواد المخدرة

١	أسبرين	٢ ٪	٢	حشيش	٪١٤
٣	حبوب منبهة	٥ ٪	٤	مهدئات فاليوم روش ٢	٥ ٪
٥	المنومات	٦ ٪	٦	حبوب الملوسة	٨ ٪
٧	الكوكايين	١١	٨	الهيروين	٪١١
٩	الأفيون (ترياق)	١١	١٠	مركبات الأفيون المورفين، الكودايين	٨ ٪
١١	البترول والصمغ والغراء	١٠	١٢	أخرى تذكر	٤ ٪

كما أن هناك حوالي ٥ , ٤٪ من جملة العينة ويبلغ عدد أستجاباتهم ٢٩٢ أستجابة قد أضافوا مواد أخرى واضحة بالجدول رقم « ٢١ » .

جـدول رقم « ٢١ »
توزيع العينة وفق نوعية المواد المخدرة
[أخـرى تذكـر]

	نـوع المخـدر	التكرار	النسبة
	غير مبين (أولئك الذين ذكروا المخدرات في الجدول السابق)	٦٧٥	٧٢٪
١	نمل أسود + سجائر		
٢	سفن أب + بيف باف	١٠	١,١٪
٣	سفن أب + بيرة	١	,١ ٪
٤	حبوب من الصيدليات (كل خمس حبات مرة واحدة)	٣	,٣ ٪
٥	دواء البروتوفيل للكحة	٢٥	٢,٧ ٪
٦	كولونيـا	٤٩	٥,٢ ٪
٧	كريم نيفيا بالخبز	١٧	١,٨ ٪
٨	حرق النمل وشم رائحته	٥	,٥ ٪
٩	ماكـس فـورت	٢	,٢ ٪
١٠	البان على البيبي كولا وأخذ الاستيم والتطعيم به	٨	,٩ ٪
١٢	خبز في ماسورة العادم مع تشغيل المحرك	١	,١ ٪
١٣	القـات	٤٩	٥,٢ ٪
١٤	الإثيـر	٢	,٢ ٪
٢٠	العـرقي	١٤	١,٥ ٪
٢١	الكلوروفورم	١	,١ ٪
٢٢	الماريجـوانـا	٢	,٢ ٪
٢٤	المعسل + الكـرد (خفيف)	٣	,٣ ٪
٢٥	مكس (خليط من هروين + كوكايين)	٣	,٣ ٪
٢٦	بـرادة الألمونيـوم	١	,١ ٪
٢٧	تنبـاك ثقيل	١	,١ ٪
٢٨	توم + هيل + قشور الحمضيات	١	,١ ٪

تابع جـدول رقم « ٢١ »
توزيع العينة وفق نوعية المواد المخدرة
[أخـرى تذكـــر]

	نــوع المخـــــدر	التكرار	النسبة
٢٩	تيم + أسبرين	٢	٪ ,٢
٣٠	حبوب تربتزول (صفراء)	١٣	٪١,٤
٣١	سـبرتو + عطـر	١٦	٪١,٧
٣٢	شـوكي (بودرة مخدرة)	٢	٪ ,٢
٣٣	عصـارة الأشـجار	١	٪ ,١
٣٤	غـاز الولاعـة	٦	٪ ,٦
٣٥	كبسـولات فاليوم (المخدرة)	٧	٪ ,٧
٣٦	كـــنـزاك	٢	٪ ,٢
٣٧	(كوتش) اطـار السـيارات	١	٪ ,١
٣٨	مخـدر أستيكى (يضاعف الصوت)	١	٪ ,١
٣٩	أسيتون (مزيل الكتابـة)	١	٪ ,١
٤٠	نمل + أكتفيد + نيڤيا + شعر العقال	٧	٪ ,٧
٤٢	يـــــود	٣	٪ ,٣

ففي حدود أثنين وأربعين مادة مخدرة أضافتها النسبة سالفة الذكر (غير المواد السابقة) تفاوتت الأستجابات بشأنها من حيث التكرارات الواردة بخصوصها فهى جميعا قد وردت على ألسنة من أجابوا بأن هناك مواد أخرى غير تلك التي ذكرت .

وقد كانت مادتا : الكولونيا، والقات على قمة المواد المخدرة التي أشترك في تحديدها ٢ , ٥٪ من العينة في كل منهما . ثم تلى ذلك مباشرة ـ وإن كان بفارق نسبى كبير ـ دواء « البروتوفيل » للكحة حيث بلغت نسبة من أكدوا عليه ٧ , ٢٪ ثم « كريم نيڤيا بالخبز » (٨ , ١٪) ثم إضافة الكحول على العطر (٧ , ١٪) ويليه العرقى (٥ , ١٪) ثم حبوب التريتيزول الصفراء (٤ , ١٪)

ثم النمل الأسود مخلوطا بالسجائر (١ , ١٪) وتتدنى بعد ذلك الاستجابات تجاه بقية المواد إلى أقل من ١٪ .

وإن دل هذا فإنما يدل على أستخدام المواد الطبية (الأدوية) كمخدرات في غير مواضعها التي قدرت لأستعمالها فضلاً عن شيوع المواد التخليقية الموجودة بالبيئة والتي قد يؤدي تفاعلها إلى سريان المفعول التخديرى وهى اما قد لا يوجد لها نظير في البيئات الأخرى وتكون وليدة البيئة المحلية (عن طريق التجربة والخطأ) أو تكون قد تمت معرفتها عن طريق « النقل الثقافي » بالاحتكاك مع الجماعات الوافدة وبخاصة الهنود والباكستانيين .

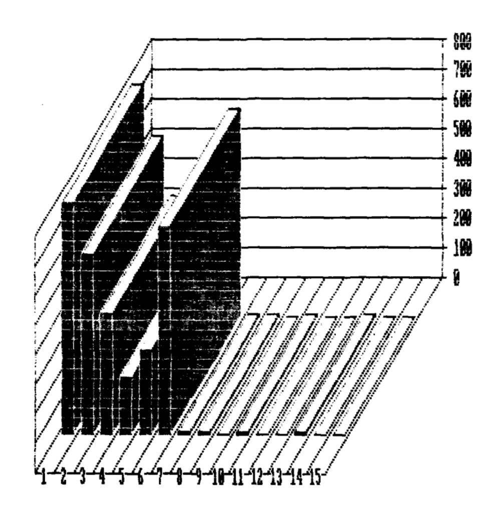
غير أنه ينبغى أن نتعامل مع هذه المواد في عرضنا لها بحذر شديد إذ أننا لم نتحقق بعد من درجة تأثيرها كمخدرات، وإنما فقط قمنا بحصرها وجمعها كما أوضح أفراد العينة حين سئلوا عن تصورهم للمواد المخدرة وتقييمهم لها .

أما فيما يتعلق بمصدر السماع عن هذه المواد جميعا فقد ذهب نسبة بلغت حوالي ٢٦٪ أنهم سمعوا عنها عن طريق الأفلام والمسلسلات تلاهم (مايقرب من ٢٣٪) من تعرفوا عليها عن طريق الصحافة، ثم من أفلام ومسلسلات الفيديو (حوالي ٢٠٪) ويمثل الزملاء والأصدقاء مصدر المعرفة الرابع حيث بلغت نسبة الاستجابة لهذا المتغير حوالي ١٣٪ ويمثل السفر للخارج مصدر المعرفة التالي نسبة بلغت حوالي ٩٪ . أما الأقارب والأخوان كمصدر للمعرفة مايقرب من ٦٪ .

وقد تضاءلت الاستجابات الواردة بعد ذلك ضمن المجموعة التي استجابت « بأخرى تذكر » (أقل من ١٪) . ولا يرجع ذلك إلى عدم أهمية المتغيرات الواردة كمصدر للسماع عن المواد المخدرة فمعظمها كان شديد الأهمية (جدول رقم ٢٢) وأنما يعود إلى تشتت الأستجابات العديدة ضمن عينة محدودة .

جـدول رقـم « ٢٢ »
توزيع العينة وفق مصدر السماع عن المواد المخدرة

	المخـــدر	التكرار	النسبة
١	من الأفلام والمسلسلات (تليفزيون)	٧٨٧	٢٥,٦٪
٢	من الأفلام والمسلسلات (فيديو)	٦٠٦	١٩,٧٪
٣	زملاء وأصدقـاء	٤٠٥	١٣,١٪
٤	أقارب وإخوان	١٩٤	٦,٣٪
٥	من السفر للخارج	٢٨٤	٩,٢٪
٦	الصحف والمجلات	٦٩٧	٢٢,٦٪
٧	رجال الشرطة	٦	,٦٪
٨	القـراءة (دون تحديد)	٥	,٥٪
٩	من الآبـاء والأمهات	١	,١٪
١٠	من الرؤية المباشرة	٦	,٦٪
١١	من المدمنين أنفسهم	٢	,٢٪
١٢	البرامج الطبية	٣	,٣٪
١٣	المواعظ في المساجد	٨	,٩٪
١٤	محاضرة أو ندوة ثقافية	٣	,٣٪
١٥	غـير محـــدد	٤	,٤٪



توزيع العينة وفق مصدر السماع عن المواد المخدرة

١ من الأفلام والمسلسلات (تليفزيون) ٢٥,٦٪
٢ من الأفلام والمسلسلات (فيديو) ١٩,٧٪
٣ زملاء وأصدقاء ١٣,١٪
٤ أقارب وإخوان ٦,٣٪
٥ من السفر للخارج ٩,٢٪
٦ الصحف والمجلات ٢٢,٦٪
٧ رجال الشرطة ,٦٪
٨ القراءة (دون تحديد) ,٥٪
٩ من الآباء والأمهات ,١٪
١٠ من الرؤية المباشرة ,٦٪
١١ من المدمنين أنفسهم ,٢٪
١٢ البرامج الطبية ,٣٪
١٣ المواعظ في المساجد ,٩٪
١٤ محاضرة أو ندوة ثقافية ,٣٪
١٥ غير محدد ,٤٪

(٢) السفر للخارج (احتمالية السفر وعدد مراته ومدته وأولوياته) :

بلغت نسبة من سافروا للخارج (مرة أو أكثر) ٧٩٪ تقريباً (جدول رقم ٢٣)، هذا وقد تراوحت استجابات الأفراد فيما يتعلق بعدد مرات السفر اجمالاً (بغض النظر عن مدة الإقامة في السفرة الواحدة أو البلد المزار) بين مرة واحدة وثلاثين أو أكثر وكانت أعلى النسب في السفر لمرة واحدة ٣٤٪ ثم أخذت هذه النسبة في الأنخفاض تدريجيا حتى المرة العاشرة فالذين سافروا مرتين بلغت نسبتهم حوالي ١٥٪ ثم ثلاث مرات ١١٪ ثم أربع مرات ٧٪ وخمس مرات ٥٪ وهكذا . . . . حتى تصل إلى حوالي ٢٪ لمن سافروا عشر مرات .

وتبدأ النسب بعد ذلك ـ وحتى ثلاثين مرة ـ في التضاؤل الشديد لدرجة أننا لا نكاد نميز نسبة أرتفعت كثيراً عن ١٪ بعد ذلك . (جدول رقم ٢٤) .
أما مدة السفر للخارج فقد بدأت بأقل من شهر وأمتدت لأكثر من ثلاثين شهرا مصنفة لفئات طول كل منها شهراً واحداً . (جدول رقم ٢٥) .

ومثلما حدث في متغير عدد مرات السفر لاحظنا نفس الشيء في هذا المتغير إذ أن السفرات قصيرة المدة (أقل من شهر) تحتل النسبة الغالبة (حوالي ٢٨٪) يليها من شهر إلى أثنين حيث بلغت نسبتهم حوالي ١٧٪ ثم من ٢ - ٣ شهور حيث بلغت حوالي ١١٪ ثم من ٣ - ٤ شهور حيث بلغت حوالي ٦٪ . . وهكذا حتى وصلت نسبة الذين سافروا المدة من ٦ - ٧ شهور حوالي ٢٪، ثم تضاءلت النسب بعد ذلك إلى أقل من ١٪ كلما طالت مدة السفر . . . ومن السهولة بمكان أن نجد تفسيرا لذلك إذ أننا نسأل عن السفر خلال فترة العطلة الصيفية والتى لا تمتد لأكثر من ثلاثة شهور .

وتجميعا لعنصرى عدد مرات السفر، ومدته طبقا لأولويات السفر الست إلى البلدان المختلفة (الجداول من ٢٦ - ٣١) وأفانا التحليل الأحصائي بما يلي :

- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (١) ٣,٤٤ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٦١,٥٦ يوما .
- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٢) ١,٩٤ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٣٩,١٦ يوماً .

- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٣) ١,٥٧ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٢٠,٥٣ يوماً .
- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٤) ١,١٨ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ١٤,٣٥ يوماً .
- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٥) ,٨٩ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٧,١٩ يوماً .
- بلغ متوسط عدد مرات السفر للبلد ذات الأولوية رقم (٦) ,٧١ مرة، وبلغت المدة في المتوسط ٦,٠٨ يوماً .

وقد أمكن تصنيف أفراد عينة الدراسة طبقا لتفضيلاتهم للبلدان التي يسافرون إليها إلى أربع مجموعات كان الاستجابات بشأنها على النحو التالي :

(أ) تفضيل السفر لبلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية :

برزت دولة الأمارات العربية المتحدة، والمملكة العربية السعودية على الترتيب وبنسبة تصل إلى حوالي ٣٢٪ في كل منهما كدولتين مفضلتين للطلاب القطريين في السفر . ويليها - ويفارق نسبي كبير - (٢١٪) البحرين، ثم تتدنى النسبة الى النصف تقريبا فيمن أختاروا الكويت (١٢٪) ثم عمان ولم تزد نسبتهم عن ٣٪ (جدول رقم ٣٢) .

ولا يمكن تفسير هذا الأختيار المجرد (حيث كان السؤال مجرداً أيضاً) سواء تم بنسبة لافتة للنظر من حيث القوة أو الضعف إلا في ضوء متغيرات أخرى ترتبط بموضوع الدراسة وبأسباب تفضيل السفر لبعض البلدان عن الأخرى وهذا لم يكن وارد بالسؤال .

---

* أظهرت بيانات الجداول من رقم (٢٦) إلى رقم (٣١) تحليلاً تفصيليا لتفضيل أفراد عينة الدراسة للسفر إلى بلدان العالم مصنفة إلى أربعة مجموعات هى : بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية، والدول العربية (الآسيوية والأفريقية)، والدول الآسيوية (غير العربية)، وأخيرا دول أوروبا الغربية والشرقية ودول أمريكا الشمالية والجنوبية، وأوضحت بيانات هذه الجداول أفضلية السفر إلى بلدان هذه المجموعات من الدول ورتبت الأولويات من خلال هذه المجموعات .

(ب) تفضيل السفر للدول العربية (الآسيوية والأفريقية) :

تحتل مصر أولوية واضحة (٤٤٪) فيما يتعلق بجهة السفر المفضلة لدى افراد العينة بالنسبة للدول العربية ثم تليها وبفارق نسبي كبير الأردن (١٧٪) ثم سوريا (١٢٪) ولبنان (٩٪) وفلسطين المحتلة (٥٪) ثم العراق (٤٪) . . . . وتتدنى النسب بعد ذلك لتصل إلى حوالي ٣, ٠٪ بالنسبة لكل من موريتانيا والصومال (وهى بطبيعة الحال موطن بعض أفراد العينة) . (جدول رقم ٣٣) .

(جـ) تفضيل السفر للدول الآسيوية (غير العربية) :

كانت الهند هى الدولة رقم واحد في أختيار السفر ضمن هذه المجموعة من الدول وقد بلغت نسبة المفضلين للسفر إليها (نحو ٤٥٪) وتلتها مباشرة ـ ولكن بفارق نسبى كبير تركيا إذ بلغت نسبتها (٢١٪) ثم تايلاند (٨٪)، أما إيران (حوالي ٧٪) ثم كوريا الجنوبية (حوالي ٥٪) وتتدنى بعد ذلك بقية النسب لتصل إلى أدناها في نيبال (حوالي ٤, ٠٪) . (جدول رقم ٣٤) .

ولم تكن مفاجأة أن وافتنا البيانات باختيار الهند للسفر كأولوية أولى بهذه النسبة اللافتة للنظر ولهذا صلة كبيرة بموضوع دراستنا يمكن اكتشافها استنتاجا . فالهند تمثل « سوقا » لبيع المخدرات بكافة أنواعها وبأسعار أقل كثيراً من وجودها بأى مكان آخر . كما تلعب العمالة الهندية الموجودة بقطر دورا بالغ الأهمية في تشجيع السفر إليها، فضلا عن الصلات التاريخية والحضارية والجوار الجغرافي وغير ذلك من العوامل، وأيا كان الأمر فأنه ينبغي أن نكون حذرين لأن هذه الصلة سواء بالنسبة للهند أو لغيرها في حاجة إلى مزيد من الأستقصاء والبحث، والمادة المتاحة لاتسوغ لنا هذا الأستنتاج أو التكهن يقينا .

(د) تفضيل السفر لدول أوروبا الغربية والشرقية ودول أمريكا الشمالية والجنوبية :

أظهرت البيانات أن بريطانيا تمثل الرغبة الأولى للسفر حيث بلغت نسبة المسافرين إليها من العينة (٥, ٣٧٪) ثم تلتها ـ وبفارق نسبي كبير ـ فرنسا (٥, ١٢٪) أما من حددوا ألمانيا الأتحادية فقد بلغت نسبتهم حوالي (١١٪) . وقبرص حوالي (٨٪) وتلتها الولايات

المتحدة الأمريكية (٧٪) ثم النمسا (٦٪) وبلغت نسبة من حددوا اليونان حوالي ٤,٥٪ (جدول رقم ٣٥) .

(٣) الأدراك العام والخاص للمشكلة :

عندما سئل أفراد العينة عن مدى أدراكهم لوجود مشكلة لتعاطى المخدرات بين الشباب عموماً في قطر أكد حوالي ٦٨٪ من جملة أفراد العينة أنهم يدركون وجودها ، بينما تصل نسبة من « لايدرون » إن كانت موجودة أو لا حوالي ٢٨٪ مقابل تدنى نسبة أولئك الذين أكدوا بأنه لا توجد مشكلة أصلا (حوالي ٣٪) . (أنظر جدول رقم ٣٦) .

جـــدول رقم « ٣٦ »

توزيع العينة وفق إدراكهم

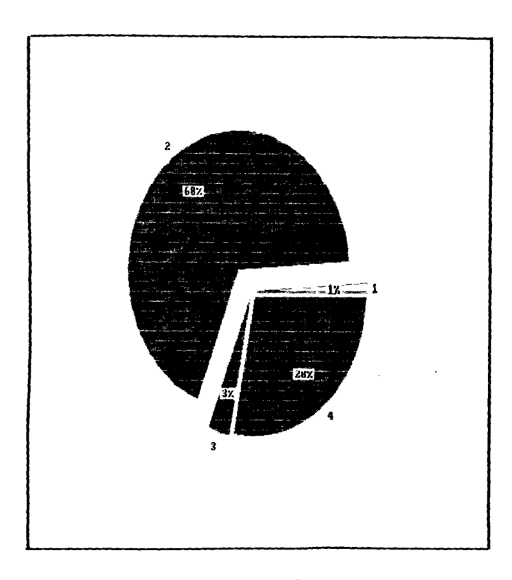
لوجود مشكلة « لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطر »

وجود المشكلة من عدمه	التكرار	النسبة
غير مبين	١٠	١,١ ٪
نعـــم	٦٤١	٦٨,٣٪
لا	٢٧	٢,٩٪
لا أدري	٢٦٠	٢٧,٧٪

وينبغي أن تؤخذ نسبة الذين ذهبوا إلى أنهم لايدرون إن كانت هذه المشكلة موجودة وقائمة أم لا (٢٨٪) بحذر بالغ إذ أن أرتفاعها النسبي يفسره طبيعة الموضوع الذي يسأل عنه والتحفظ والشك والريبة التي لوحظت أثناء أجراء الدراسة وذلك رغم المحاولات التي بذلت للحد من ذلك (كما ذكر أنفا بالفصل الأول) .

غير أن نسبة أولئك الذين « لا يدرون » ترتفع أرتفاعا واضحاً عندما سئل أفراد العينة سؤالا مباشراً عن مدى معرفتهم بتلاميذ بمدرستهم يتعاطون المخدرات فقد بلغت حوالي ٥٤٪

مقابل نسبة لم تزد عن ٣٢٪ الذين أكدوا وجود المشكلة، في حين بلغت نسبة الذين أدعوا بأنه لا توجد مشكلة حوالي ١٢,٥٪ . (جدول رقم ٣٧) .



توزيع العينة وفق إدراكهم

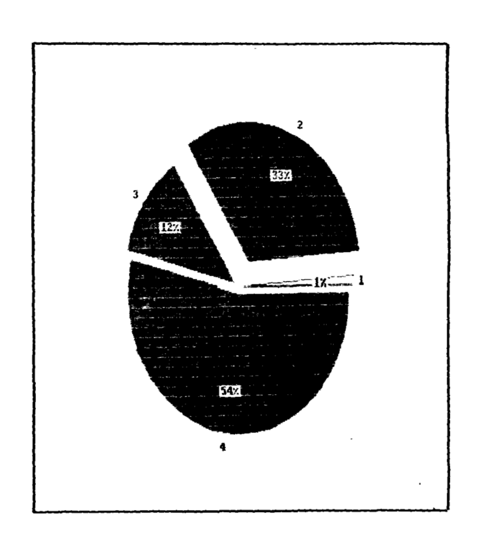
لوجود مشكلة « لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطر »

١	غـير مبين	١,١ ٪
٢	نعـم	٦٨,٣٪
٣	لا	٢,٩ ٪
٤	لا أدري	٢٧,٧٪

جـدول رقم « ٣٧ »
توزيع العينة وفقاً لمعرفتهم
أن « تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

م	يتعاطون / لا يتعاطون	التكرار	النسبة
١	غـير مبين	٨	,٩ ٪
٢	نعـــم	٣٠٥	٣٢,٤٪
٣	لا	١١٧	١٢,٥٪
٤	لا أدري	٥٠٨	٥٤,٢٪

ووفقاً لنفس التحفظ الذي قيل سلفاً لتفسير أرتفاع نسبة « الذين لا يـدرون » يمكن الاستئناس به هنا أيضا، ولعل ارتفاعه النسبى عن مثيله السابق يفسره أننا نسأل المبحوثين هنا عن أدراكهم الخاص لوجود مشكلة التعاطي بمدرستهم الأمر الذي كان من الطبيعى أن يثير تحفظهم وتخوفهم بشكل أوضح .



توزيع العينة وفقاً لمعرفتهم

أن « تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

١	غير مبين	,٩ ٪
٢	نعم	٣٢,٤٪
٣	لا	١٢,٥٪
٤	لا أدري	٥٤,٢٪

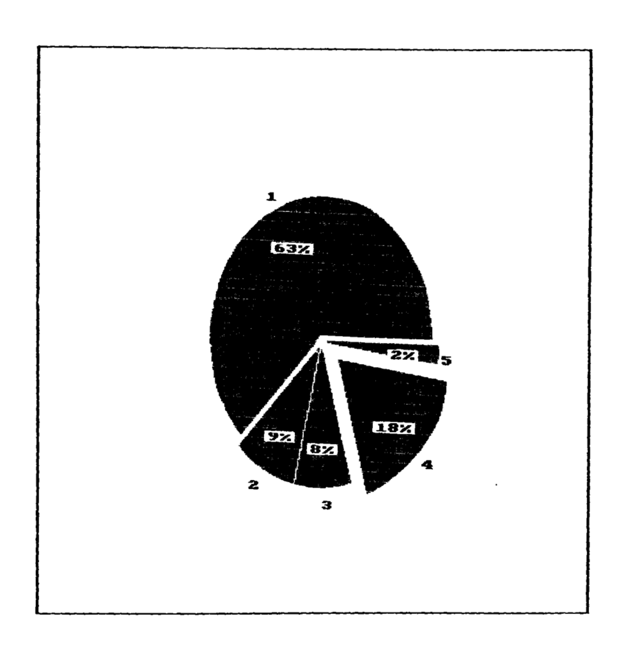
وعندما حاولنا التعرف عما إذا كان ادراكهم لهذه المشكلة عموما قد حدث قبل الالتحاق بالمدرسة أم بعده لوحظ أن حوالي ٦٢,٥٪ لم تجب على هذا السؤال (غير مبين) أما النسبة المتبقية (٣٧,٥٪) فقد توزعت أستجاباتها لترتفع نسبة من أجابوا بأنهم أدركوا المشكلة بعد التحاقهم

بمدة طويلة حوالي ١٨٪ يليهم من أدركوها قبل الالتحاق (٩,٥٪) ثم من عرفوا بها بعد الالتحاق مباشرة (٨,٣٪) . (جدول رقم ٣٨) .

جـــدول رقم « ٣٨ »

توزيع العينة وفقاً لإدراكهم
للمشكلة قبل الالتحاق بالمدرسة أم بعده

م	الأدراك للمشكلة	التكرار	النسبة
١	غـير مبين	٥٨٦	٦٢,٥٪
٢	قبل الإلتحاق	٨٨	٩,٤ ٪
٣	بعد الإلتحاق مباشرة	٧٨	٨,٣ ٪
٤	بعد الإلتحاق بمدة طويلة	١٧٢	١٨,٣٪
٥	أخـــرى	١٤	١,٥ ٪



توزيع العينة وفقاً لأدراكهم

للمشكلة قبل الألتحاق بالمدرسة أم بعده

١	غــير مبيــن	٦٢,٥٪
٢	قبل الالتحاق	٩,٤ ٪
٣	بعد الإلتحاق مباشرة	٨,٢ ٪
٤	بعد الإلتحاق بمدة طويلة	١٨,٣٪

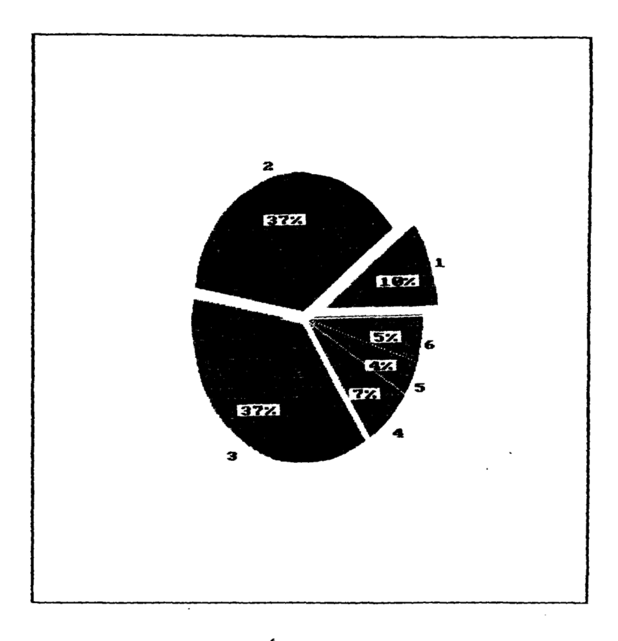
أما عن حيث كيفية المعرفة بوجود المشكلة فقد توزع أفراد العينة طبقا لاستجاباتهم فقد ذهبت نسبة بلغت حوالي ٣٧٪ إلى أنهم أمكنهم التعرف على وجود المشكلة عن طريق حديث زملائهم عنهم . كما دلت النتائج أن نسبة مماثلة (٣٧٪) قد ميزت الذين تعرفوا على المشكلة عن طريق الملامح الجسمية والنفسية للمتعاطين بالمدرسة . وتنخفض النسبة بشكل لافت للنظر بعد ذلك ليؤكد ١٠٪ تقريبا أنهم عرفوا ذلك من رؤيتهم المباشرة للمتعاطين أما عن شكوى المدرسين منهم كمصدر للتعرف على وجود المشكلة فلم تزد نسبة الاستجابة له عن ٧٪ . (جدول رقم (٣٩) .

جـــدول رقم « ٣٩ »

توزيع العينة وفقاً

لكيفية المعرفة بوجود المشكلة

	كيفية المعرفـة	التكرار	النسبة
١	من رؤيتى لبعض التلاميذ يتعاطون	٥٥	١٠,٢٪
٢	من الملامح الجسمية والنفسية	١٩٩	٣٦,٩٪
٣	من حديث زملائهم عنهم	٢٠٠	٣٧٪
٤	من شكوى المدرسين منهم	٣٧	٦,٩٪
٥	من بعض العمال بالمدرسة	٣٠	٣,٧٪
٦	أخـــرى تذكـــر	٢٩	٥,٤٪



توزيع العينة وفقاً

لكيفية المعرفة بوجود المشكلة

١	من رؤيتي لبعض التلاميذ يتعاطون	١٠,٢٪
٢	من الملامح الجسمية والنفسية	٣٦,٩٪
٣	من حديث زملائهم عنهم	٣٧٪
٤	من شكوى المدرسين منهم	٦,٩ ٪
٥	من بعض العمال بالمدرسة	٣,٧ ٪
٦	أخـرى تذكـر	٥,٤ ٪

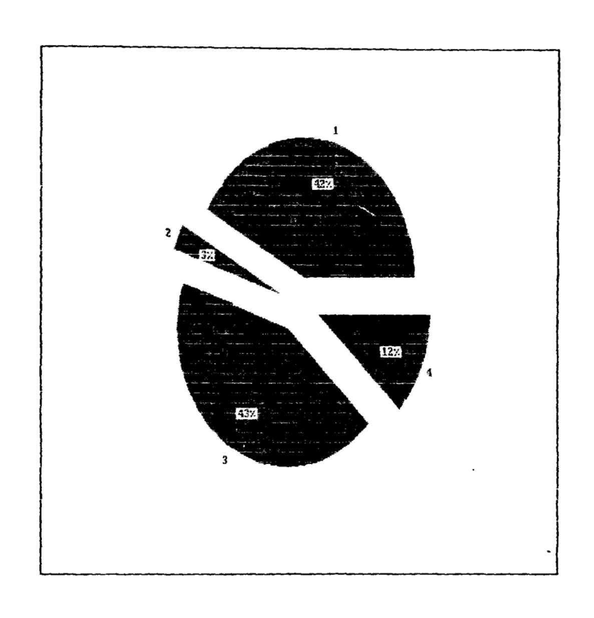
ونخلص من ذلك أن « أحاديث الزملاء عن المتعاطين » للملامح الجسمية والنفسية والرؤية المباشرة تشكل ٨٤٪ من مصادر المعرفة .

(٤) مكان التعاطي :

وافانا البيان الذي ناقش مسألة المكان الذي يتم فيه التعاطي بأن هناك ٥٧,٥٪ من جملة أفراد العينة قد حددت مكانا للتعاطي بينما النسبة الباقية ٤٢,٥٪ لم تحدد ذلك لأنها قد تحفظت ـ منذ البداية عن التعاطي ـ أما النسبة الأولى (٥٧,٥٪) فقد توزعت بين نسبة كبرى (٤٣٪ تقريبا) زعمت بأن التعاطي يتم خارج المدرسة بينما أدعت نسبة أخرى أقل (١٢٪) أن ذلك يمكن أن يحدث داخل المدرسة وخارجها على حد سواء . في حين أكدت نسبة ضئيلة للغاية (حوالي ٢٪) بأن ذلك يتم داخل المدرسة فقط (جدول رقم ٤٠) .

جـدول رقـم « ٤٠ »
توزيع العينة وفقاً لمكان التعاطي
[داخل أو خارج المدرسة]

م	مكان التعاطـــي	التكرار	النسبة
١	غير مبين	٣٩٩	٤٢,٥٪
٢	داخل المدرسة	٢٢	٢,٣ ٪
٣	خارج المدرسة	٤٠٢	٤٢,٩٪
٤	داخل وخارج المدرسة	١١٥	١٢,٣٪
		٩٣٧	١٠٠٪



توزيع العينة وفقاً لمكان التعاطي
[داخل أو خارج المدرسة]

١	غير مبين	٤٢,٥٪
٢	داخل المدرسة	٢,٣ ٪
٣	خارج المدرسة	٤٢,٩٪
٤	داخل وخارج المدرسة	١٢,٣٪

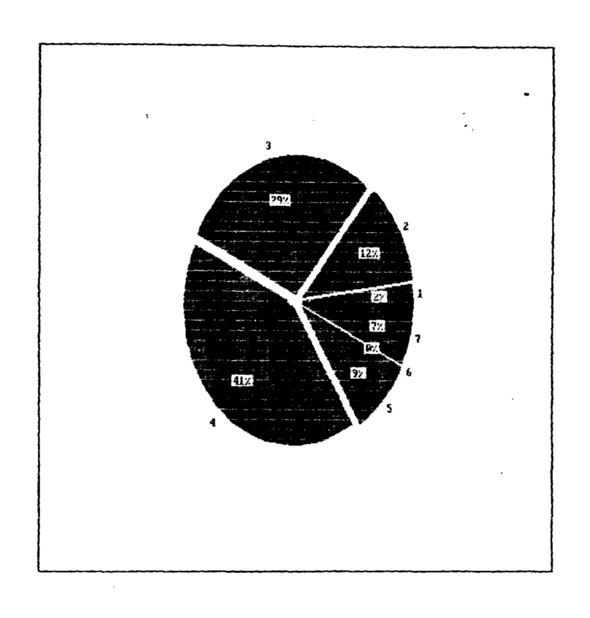
أما الذين أكدوا بأن التعاطي يتم داخل المدرسة (جدول رقم ٤) فإن النسبة الغالبة بينهم (حوالي ٤١٪) ذهبت إلى أن التعاطي يتم بدورة المياه، ويليها نسبة (٢٩٪) قالت حول سور المدرسة، ثم ملاعب المدرسة (١٢٪) فحجرة « الفراش » (٩٪) ثم ذهب (٧٪) منهم إلى أن ذلك يتم حسب الفرصة المتاحة ولم تزد نسبة من قالوا بأن التعاطي يمكن أن يحدث بقاعة الدراسة عن ٢٪ .

جـــدول رقم « ٤١ »

توزيع العينة وفقاً لتحديد مكان التعاطي
[داخل المدرسة]

م	المكـــان	التكرار	النسبة
١	قاعة الدرس	٨	٢,٤ ٪
٢	ملاعب المدرسة	٤٠	١٢,١٪
٣	حول سور المدرسة	٩٥	٢٨,٧٪
٤	دورة المياه	١٣٥	٤٠,٨٪
٥	حجرة الفراش	٣٩	٨,٨ ٪
٦	فوق سطح المدرسة	١	,٣ ٪
٧	أى مكان حسب الفرصة	٢٣	٦,٩ ٪
		٣٣١	١٠٠٪

* على الرغم من أن الملاحظة الاحصائية ذهبت في جدول (٤٠) إلى أن المتعاطين داخل المدرسة يشكلون ٢,٣٪ إلا أن هناك نسبة أخرى ينبغي أن نأخذها في الاعتبار أولئك الذين أكدوا وجود الظاهرة داخل المدرسة وخارجها ويشكلون ١٢,٣٪ أى أن هناك ١٤,٦٪ يرون وجود الظاهرة داخل المدرسة، وهذه نسبة ليست ضئيلة إذ أنها تشمل ١٣٧ طالبا من عينة الدراسة فضلا عن آخرين ممن جاءت استجاباتهم (في جدول رقم ٣٧) في فئة « لا يدرون » لم يلبثوا مع تداعى الاسئلة أن أوضحوا مكان التعاطى على الرغم من رفضهم الافصاح عن وجود المشكلة من قبل في الاسئلة السابقة .



توزيع العينة وفقاً لتحديد مكان التعاطي
[داخل المدرسة]

١	قاعة الدرس	٪ ٢,٤
٢	ملاعب المدرسة	٪١٢,١
٣	حول سور المدرسة	٪٢٨,٧
٤	دورة الميـاه	٪٤٠,٨
٥	حجرة الفراش	٪ ٨,٨
٦	فوق سطح المدرسة	٪ ,٣
٧	أي مكان حسب الفرصة	٪ ٦,٩

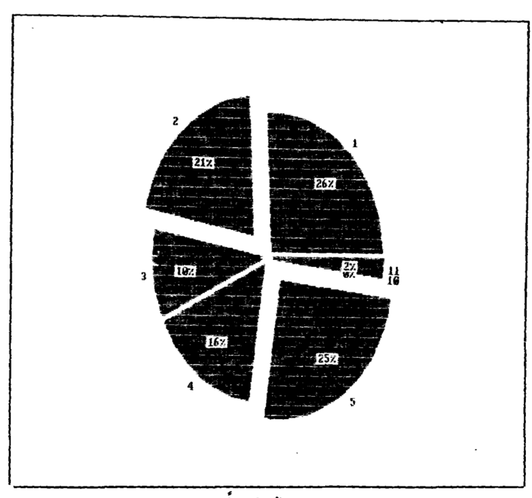
وفيما يتعلق بالنسبة التي أكدت أن التعاطي يتم خارج المدرسة (٤٣٪) فإنهم توزعوا فيما يتعلق بهذا المكان الذي يتم فيه التعاطي توزعا واضحا (حدد بعض احتمالاته بالاستبيان والأخرى أضافها المبحوثون أنفسهم في الجزء المخصص والمعنون « بأخرى تذكر » . ٢٥٪ زعموا بأن التعاطي يتم في البر، وتلتها مباشرة وبفارق شديد الضآلة (٢٤,٦٪) بأنه يتم خارج البلاد ثم من أدعوا بأن التعاطي يتم اثناء رحلات البحر (٢١٪) ثم في السيارة (١٦٪) ثم أخيرا من ذهبوا إلى أن التعاطي يتم في المنزل (١٠٪) .

أما الاحتمالات الأخرى التى أضافها المبحوثون فرغم أنها جميعا لم تزد عن ٤,٪ باستثناء احتمال واحد مؤداه أن التعاطى يتم في أي مكان ملائم حسب الظروف ولم تزد نسبتهم عن ١,٥٪ (جدول رقم ٤٢) .

جـدول رقـم « ٤٢ »

توزيع العينة وفقاً
لتحديد مكان التعاطي خارج المدرسة

م	المكـــان	التكرار	النسبة
١	في الـــبر	٤١٦	٢٥,٨٪
٢	اثناء رحلات البحـــر	٣٤٧	٢١,٥٪
٣	في المـــنزل	١٦٢	١٠,٪
٤	في الســـيارة	٢٥٤	١٥,٧٪
٥	خارج البـــلاد	٣٩٨	٢٤,٦٪
٦	بالقرب من فندق الشيراتون	٣	,٣ ٪
٧	بالقرب من مدينة خليفة	١	,١ ٪
٨	في الطريق من والي المدرسة	١	,١ ٪
٩	في بعض الفنادق الشهيرة الأخرى	٤	,٤ ٪
١٠	أي مسكن تتفق عليه الشلة	٤	,٤ ٪
١١	في أي مكان ملائم حسب الظروف	٢٥	١,٥ ٪



توزيع العينة وفقاً
لتحديد مكان التعاطي خارج المدرسة

١	في الســر	٢٥,٨٪
٢	اثناء رحلات البحر	٢١,٥٪
٣	في المنزل	١٠,
٤	في السيارة	١٥,٧٪
٥	خارج البلاد	٢٤,٦٪
٦	بالقرب من فندق الشيراتون	,٣ ٪
٧	بالقرب من مدينة خليفة	,١ ٪
٨	في الطريق من والى المدرسة	,١ ٪
٩	في بعض الفنادق الشهيرة الأخرى	,٤ ٪
١٠	أي مسكن تتفق عليه الشلة	,٤ ٪
١١	في أي مكان ملائم حسب الظروف	١,٥ ٪

نستنتج من ذلك أن هناك نسبة كبيرة زعمت أن التعاطي يتم خارج المدرسة أكثر مما يتم داخلها وهذا طبيعي ومتسق ليس فقط مع ظروف المجتمع وإنما مع طبيعة الظاهرة أيضاً . وهكذا نجد أن البر والبحر والسيارة يشكلون معا ٦٢٪ وتمثل المكان الطبيعي لمثل هذه الممارسات خارج نطاق المدرسة .

(٥) المعرفة بالتعاطي في مدارس أخرى : المدى، والتصورات :

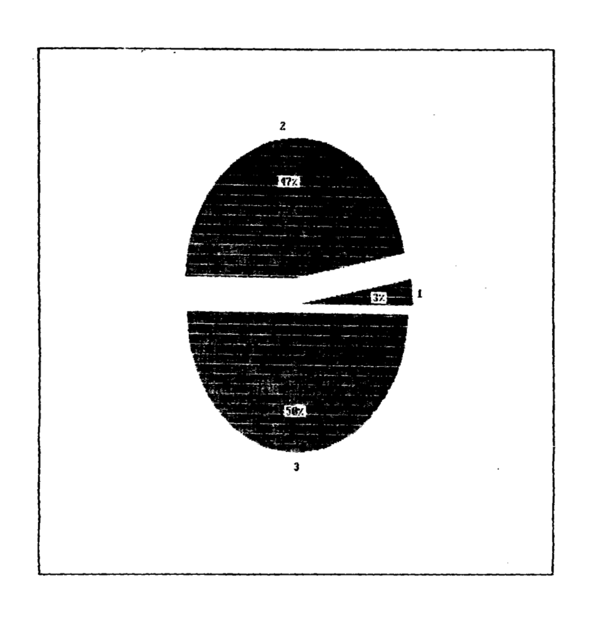
أن نسبة الذين سمعوا من أفراد عينة الدراسة عن تلاميذ يتعاطون المخدرات بمدارس أخرى (٤٧٪) قد اقتربت من تلك التي تعبر عن عدم السماع (حوالي ٥٠٪) (جدول رقم ٤٣) أما الطريقة التي عرف بها الذين « سمعوا » فقد تفاوتت وكان أكبر الاحتمالات هو القائل : « من سماعي عنهم » (أي سماع المبحوث) حيث بلغت نسبتهم نحو (٥٨٪) ثم يليه ـ وبفارق كبير نسبيا الذين ذهبوا إلى القول بأنهم عرفوا ذلك من مظهر المتعاطي أو

جـدول رقـم « ٤٣ »

توزيع العينة وفقاً

« للسماع عن تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى »

م	السماع من عدمه	التكرار	النسبة
١	غـير مبيـن	٣٣	٣,٥ ٪
٢	نعـــم	٤٤٠	٤٦,٩٪
٣	لا	٤٦٥	٤٩,٦٪
		٩٣٧	١٠٠٪



توزيع العينة وفقاً

« للسماع عن تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى »

١	غــير مبيــن	٣,٥ ٪
٢	نعـــم	٤٦,٩٪
٣	لا	٤٩,٦٪

شكله (حوالي ٢٩٪) ثم تدنت نسبة من قالوا أن ذلك تم عن طريق معرفتهم بهؤلاء المتعاطين (٩٪) (جدول رقم ٤٤) . وقد اتسقت كيفية السماع هنا مع مدى السماع ذاته (٤٧٪) بمعنى أنه حتى النسبة التي سمعت لم ترد أن تحدد سبيلاً مباشراً وواضحاً لسماعهم هذا وإنما ذهبت إلى أن ذلك قد تم من خلال أقاويل الناس عنهم . وهذا يتسق أيضاً مع النتائج السابقة التي فسرت في ضوء التخوف والتحفظ الشديدين .

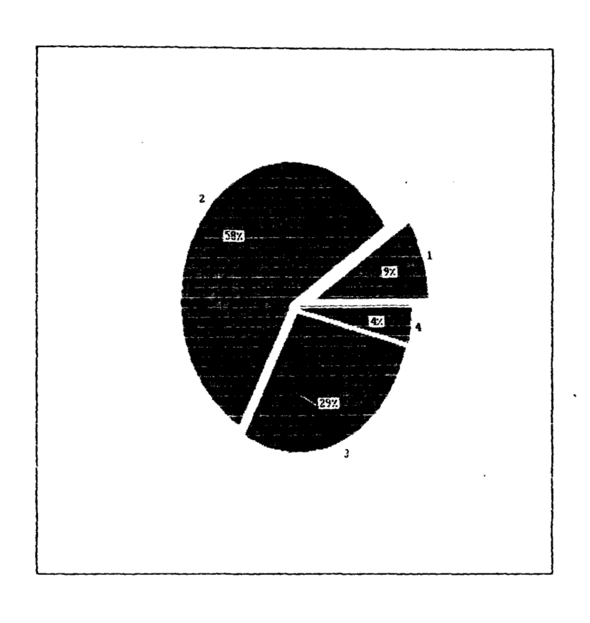
جـــدول رقم « ٤٤ »

توزيع العينة وفقاً

« للطريقة التي عرف بها أن هناك

تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى »

م	طريقة المعرفة	التكرار	النسبة
١	من معرفتي لهؤلاء	٥٩	٪ ٨,٩
٢	من سماعي عنهم	٣٨١	٪٥٧,٧
٣	من مظهرهم وشكلهم	١٩٥	٪٢٩,٥
٤	أخـــرى	٢٥	٪ ٣,٨
		٦٠٠	٪١٠٠



توزيع العينة وفقاً
« للطريقة التي عرف بها أن هناك
تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى »

١	من معرفتي لهؤلاء	٨,٩ ٪
٢	من سماعي عنهم	٥٧,٧ ٪
٣	من مظهرهم وشكلهم	٢٩,٥ ٪
٤	أخــرى	٣,٨ ٪

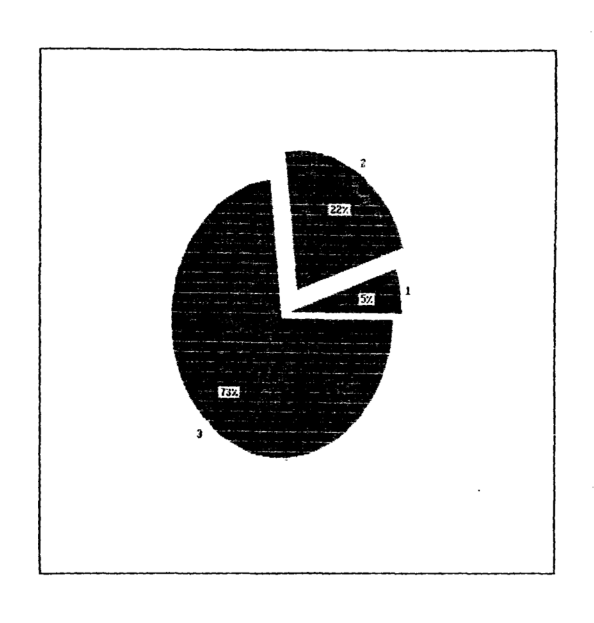
وعندما سئل المبحوثون عن مدى معرفتهم بزميل لهم بالمدرسة يتعاطى المخدرات أكدت النسبة الغالبة (٧٣,٥٪) بأنها لم تعرف بذلك بينما لم تزد نسبة الذين ذهبوا إلى عكس ذلك عن ٢٢٪ . (الجدول رقم ٤٥) .

جـدول رقم « ٤٥ »

توزيع العينة وفقاً

« لمدى معرفة تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

م	التعاطي	التكرار	النسبة
١	غير مبين	٤٦	٤,٩ ٪
٢	نعـــم	٢٠٣	٢١,٦٪
٣	لا	٦٨٩	٧٣,٥٪
		٩٣٧	١٠٠٪



توزيع العينة وفقاً

« لمدى معرفة تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

١	غـير مبين	٤,٩ ٪
٢	نعـم	٢١,٦٪
٣	لا	٧٣,٥٪

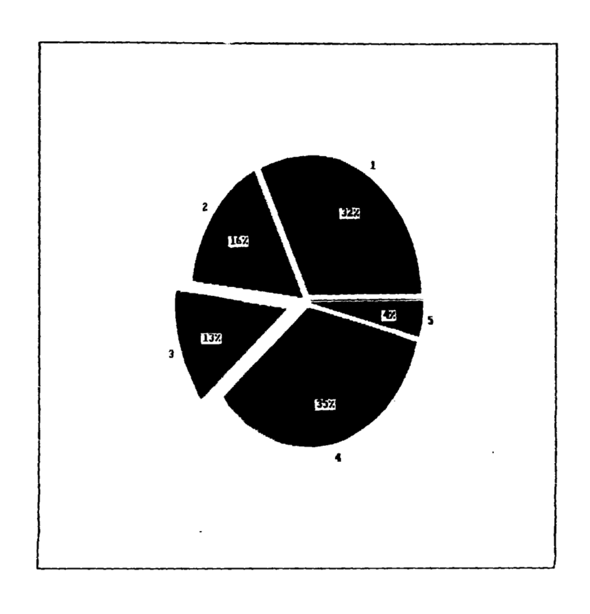
أما الكيفية التي حددها (الذين عرفوا) فكان أبرزها الشكل والملامح (٣٥٪) وتلتها مباشرة أحاديث الزملاء (٣٢٪) ثم أحاديثه هو معهم (١٦٪) وأخيرا من رؤيته المباشرة له وهو يتعاطى وكانت نسبتهم ١٣٪ (جدول رقم ٤٦) . وعن تقييمه لعلاقات هذا التلميذ (المفترض) بزملائه كانت أكبر النسب (٢٠٪ تقريباً) مؤكدة ضعفها وتدهورها، يليها وصفه بالانعزالية (١٤٪) ثم القول بأن علاقاته سيئة لمحاولاته تخريب الآخرين (١٣٪) ثم القول بأنه يكون منعزلا إذا كان مدمنا أكثر من اللازم (١١٪) ثم نسبة مماثلة وصفت علاقاته بأنها عادية وطبيعية ثم تأتي نسبة (٩٪) تدعى أن علاقاته قاصرة على الذين يتعاطون مثله، ثم تتدنى النسبة لتصل الى حوالي ٣٪ بين الذين يزعمون أنه يتمتع بعلاقات قوية مع الآخرين (جدول رقم ٤٧) ويتضح من ذلك أن هناك أحساساً عاماً وواضحاً بوجود المشكلة، وبتأثيرها على نمط العلاقات وإن كان البعض قد حاول التهرب من الاجابة على السؤال أصلا .

جـدول رقم « ٤٦ »

توزيع العينة وفقاً

لكيفية « معرفة أن هؤلاء التلاميذ يتعاطون »

م	كيفية المعرفة	التكرار	النسبة
١	من حديث زملائه عنه	١٢٨	٣٢,٢٪
٢	من أحاديثه معى	٦٢	١٥,٦٪
٣	من رؤيتى المباشرة له وهو يتعاطى	٥٢	١٣,١٪
٤	من شكله وملامحه	١٣٩	٣٤,٩٪
٥	أخرى تذكر	١٧	٤,٣ ٪



توزيع العينة وفقاً
لكيفية « معرفة أن هؤلاء التلاميذ يتعاطون »

١	من حديث زملائه عنه	٣٢,٢٪
٢	من أحاديثه معى	١٥,٦٪
٣	من رؤيتى المباشرة له وهو يتعاطى	١٣,١٪
٤	من شكله وملامحه	٣٤,٩٪
٥	أخـــرى	٤,٣٪

ثالثا : ملامح التعاطي :

ويمكن أن نراها في ضوء متغيرين رئيسيين :

(١) امكانية تمييز المتعاطي طبقا للملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية :

كشفت البيانات أن هناك حوالي (٧٢٪) من أفراد العينة لديها القدرة على تمييز المتعاطي وفقا لهذه الملامح بينما ذهب (٢٥٪) إلى أنه ليس لديهم القدرة على ذلك ، الأمر الذي يعكس ببساطة أن هناك ادراكا لامكانية تمييز المتعاطي على أساس الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية لدى غالبية العينة .

ولعل هذا الادراك يتناقض إلى حد ما مع الأسئلة السابقة والخاصة بإدراك الظاهرة على كافة المستويات حيث أنكرت نسبة كبيرة منهم تصل في بعض الأحيان إلى النصف معرفتهم بذلك اطلاقا .

وفي حدود اثنين وعشرين احتمالا (أحد عشر منها ورد بالاستمارة والأحد عشر الأخرى ذكرها المبحوثون ضمن «أخرى تذكر ») برزت استجابة هامة أعطوها أولوية مثل : الضعف والخمول وشحوب الوجه وبلغت حوالي (١٤٪) ثم احتقان العينين وزيغ البصر (١٢٪) ثم كثرة التغيب عن المنزل بنسبة مماثلة للسابقة ويليه مباشرة سرعة التعب بعد أقل مجهود (١١٪) . في حين تدنت بعد ذلك الملامح النفسية والاجتماعية مثل : الانطواء والعزلة (٧٪) والاكتئاب (٦٪) والعدوان والتدمير (٥٪) ومما يذكر أن اضافة المبحوثون أنفسهم مهم في حد ذاته وبصرف النظر عن نسبة تمثيله ضمن الاستجابات حيث أكدوا مظاهر وملامح أهمها : إهمال المتعاطي لمظهره وملابسه وتغطيه الوجه « بالغترة » والنظارة ، ورؤية موضع الإبر في يديه ، وأن أصابع اليدين صفراء وجافة ، والنحافة المفرطة ، وطريقة المشي . . إلخ (جدول رقم ٤٩) .

جدول رقم (٤٩)
توزيع العينة وفقا
« للملامح التي تميز التلميذ المتعاطي »

الملامح المميـزة	التكـرار	النسبـة
من احتقان العينين وزيغ البصر	٤٤٠	٪١٢,٤
الضعف والخمول وشحوب الوجه	٥٠٦	٪١٤,٣
الانطواء والعزلة	٢٦٧	٪ ٧,٥
الاكتئاب	٢٢٢	٪ ٦,٣
العدوان والتدمير	١٩٧	٪ ٥,٦
سرعة التعب بأقل مجهود	٣٩٨	٪١١,٢
اثارة مشكلات	٢١٨	٪ ٦,٢
سوء العلاقات مع الزملاء	١٩٥	٪ ٥,٥
الكذب والسرقة	٢٦٩	٪ ٧,٦
كثرة التغيب عن المنزل	٤١٤	٪١١,٧
فقدان التفاهم الأسري	٣٣٥	٪ ٩,٥
إهمال مظهره وملابسه	١	٪ ,١
تغطية الوجه بالغترة والنظارة	٣	٪ ,٣
من رؤيتي لمكان الإبر في يديه	١	٪ ,١
الخوف والفزع من أي شيء	٣	٪ ,٣
الضعف الروحاني والابتعاد عن المسجد	٤	٪ ,٤
عدم التركيز	٢	٪ ,٢
أصابع اليدين صفراء وجافة	٦	٪ ,٦
العصبية	٣	٪ ,٣
كثرة التغيب عن المدرسة	٢	٪ ,٢
النحافة المفرطة	٥	٪ ,٥
طريقته في المشي	٨	٪ ,٨
أخرى تذكر	٤٣	٪ ١,٢
	٣٥٤٢	٪١٠٠

وتدل هذه المؤشرات عموما على أن الملامح الجسمية سواء كانت واردة بأسئلة استمارة الاستبيان أو كانت مضافة من قِبل المبحوثين أنفسهم في بند « أخرى تذكر » كانت هي أبرز الملامح لأن ملاحظتها أسهل بطبيعة الحال من ملاحظة ملامح نفسية أو خصائص اجتماعية فضلا عن أن الأولى تظهر بالفعل ـ نتيجة للتعاطي ـ بشكل أسرع وأكثر قابلية للملاحظة من الأخريات .

(٢) امكانية التعرف على المتعاطي طبقا لوجود تصرفات (أو سلوكيات) تميزه :

أفاد نحو (٥١٪) من جملة أفراد العينة بأن هناك فعلا تصرفات تميز المتعاطي بينما لم تزد نسبة الذين نفوا ذلك حوالي (١١٪) في حين ارتفعت نسبة الذين لا يدرون بامكانية ذلك الى ما يقرب من (٣٤٪) (جدول رقم ٥٠) .

وفي حدود الذين أكدوا وجود هذه التصرفات توزعت الاستجابات الخاصة بتحديدها فكان كثرة الغياب يمثل النسبة الأكبر (٢١٪) تلتها النوم أثناء الدرس (١٩٪) ثم الهروب أثناء الدوام المدرسي (١٧٪) فتعدد مرات الرسوب (٥٪١٦٪) ثم عدم احترام المدرسين (٥ , ١٥٪) ثم تكرار الغش (٧٪) .

وأضيفت احتمالات مثل : إثارة المشاكل (المشاغبة) ، والعزلة في الصف والخمول والضعف الواضحين . (جدول رقم ٥١) .

وتفيد هذه المؤشرات ولا شك في التدليل على وجود تأثير مباشر للتعاطي على العملية التعليمية .

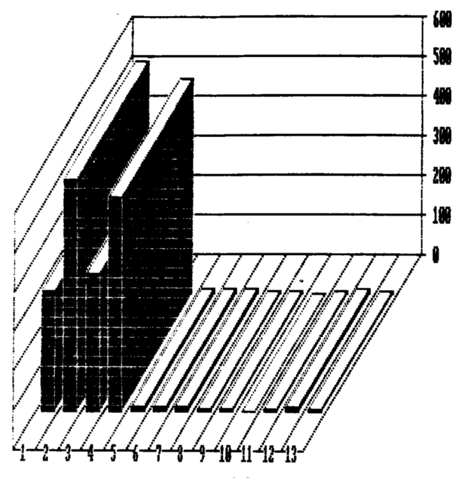
رابعا : أسباب التعاطي : العامة ، والاجتماعية ، والاقتصادية ، والتربوية (المدرسية) :

ـ تمثل العامل ذى النسبة الأكبر في تصور المبحوثين كسبب عام للتعاطي في « الرغبة في التجريب » حيث بلغت نسبته حوالي (٣١٪) وتلاه مباشرة « الصحبة » بنسبة (٢٩٪) ثم وسائل الاعلام (١٩٪) ثم سهولة الحصول على المخدر (١٦٪) (جدول رقم ٥٢) . وتتسق هذه الأسباب مع ظروف العينة وخصائصها فمعظم أفرادها في شريحة عمرية تنزع دائما إلى التجريب وبخاصة ما يتعلق منها بالتعاطي . ومما يؤكد ذلك أن السبب التالي مباشرة (بفارق لم يزد عن ٢٪) كانت الصحبة التي هي مصدر ذلك التجريب . فإذا أضيف إلى ذلك وسائل الاعلام وبخاصة التليفزيون والفيديو لاتسقت الأسباب بعضها مع بعض وتكاملت الصورة في الكشف عن الدوافع العامة للتعاطي .

غير أن الأسباب التي ذكرها المبحوثون ضمن « أخرى تذكر » واضحة الدلالة رغم ضآلة نسبتها (إلا أن قيمتها تنبع من ذكرها كما سبق الاشارة) فقد كانت تضع المشكلات الأسرية على قمتها (التفكك الأسري ومضايقات الأهل) ، ووفرة المال ، والسفر للدول الأجنبية (غير الاسلامية) ، وعدم وجود وازع ديني فضلا عن عدم مراقبة الأب لأبنائه وتقليد الآباء والأخوة ، والمشكلات النفسية وكذلك وقت الفراغ والملل ، ومحاولة اثبات الرجولة . وواضح هنا الخلط بين المتغيرات الداخلية والخارجية ، وبين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية .

جدول رقم (٥٢)
توزيع العينة وفقا
« للأسباب العامة للتعاطي »

م	الأسباب العامة	التكرار	النسبة
١	سهولة الحصول على المخدر	٣٠٥	١٦,٤٪
٢	الرغبة في التجريب	٥٨٥	٣١,٥٪
٣	وسائل الاعلام (تليفزيون/ فيديو/ صحافة)	٣٤٩	١٨,٨٪
٤	الصحبة	٥٤٣	٢٩,٢٪
٥	وقت الفراغ والملل	١٣	,٧٪
٦	وفرة المال	١٠	,٥٪
٧	المشاكل الأسرية التفكك الأسري ـ مضايقات الأهل)	١٥	,٨٪
٨	مشاكل نفسية	٥	,٢٪
٩	عدم مراقبة الأب لإبنه	٤	,٢٪
١٠	اثبات الرجولة	٣	,١٦٪
١١	تقليد الآباء والإخوة	٤	,٢٪
١٢	السفر للدول الأجنبية غير الإسلامية	١٠	,٥٪
١٣	عدم وجود وازع ديني	٨	,٤٪
		١٨٥٤	١٠٠٪



توزيع العينة وفقا

« للأسباب العامة للتعاطي »

١) سهولة الحصول على المخدر	١٦,٤٪
٢) الرغبة في التجريب	٣١,٥٪
٣) وسائل الاعلام (تليفزيون/ فيديو/ صحافة)	١٨,٨٪
٤) الصحبة	٢٩,٢٪
٥) وقت الفراغ والملل	,٧ ٪
٦) وفرة المال	,٥ ٪
٧) المشاكل الأسرية (التفكك الأسري - مضايقات الأهل)	,٨ ٪
٨) مشاكل نفسية	,٢ ٪
٩) عدم مراقبة الأب لإبنه	,٢ ٪
١٠) اثبات الرجولة	,١٦ ٪
١١) تقليد الآباء والإخوة	,٢ ٪
١٢) السفر للدول الأجنبية غير الإسلامية	,٥ ٪
١٣) عدم وجود وازع ديني	,٤ ٪

ـ أما الأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من وجهة نظر المبحوثين فقد توزعت بشكل نسبي غير أن أبرز الأسباب كان صحبة المتعاطي (١٥٪) وتلى ذلك مباشرة التدليل الزائد (١١٪) وتتماثل بعد ذلك النسب المتصلة بالأسباب التالية : المشكلات المستمرة بين الأب والأم ، وعدم القدرة على شغل وقت الفراغ ، والملل [وهي أسباب تصل نسبة كل منها حوالي (١٠٪) ضمن استجابة العينة] . أما القسوة الشديدة في التنشئة فتأتي بعد ذلك بنسبة تبلغ حوالي (٩٪) ثم وفاة أحد الوالدين أو كليهما بنسبة (٨٪) ، والإحساس بالضياع (٧٪) وأخيرا افتقاد القدوة الحسنة (٤,٠٪) .

ـ أما الأسباب المضافة من قِبل المبحوثين أنفسهم فكانت على التوالي : عدم مراقبة الأبناء ، والفشل (والمقصود به الفشل العام وليس في مجال واحد) وتعاطي الأب أو أحد أفراد الأسرة ، وأخيرا السفر للخارج . (جدول رقم ٥٣) .

وتدل تلك الأسباب جميعها (الأصلية والمضافة) على ما للأسرة من تأثير شديد يقف جنبا إلى جنب مع تأثير الصحبة . وتبدو فاعلية هذه الأسباب إذا ما افتقدوا القدوة وضعفت المعايير ولم تعد هناك أهداف يطمحون لتحقيقها وشعروا بالملل . . إلخ .

وفيما يتصل بالأسباب الاقتصادية كان « الغنى » في نظر المبحوثين هو أبرز الأسباب الاقتصادية (٣٠٪) تلاه سهولة الحصول على المخدر (وهو سبب مرتبط بالغنى واليسر أيضا) ومثلته نسبة بلغت حوالي (٢٣٪) . ثم أشير للسبب القائل بأن « الفقر » هو الذي يدفع إلى المغامرة من أجل الحصول على المال للانفاق على التعاطي (حوالي ٢٢,٥٪) ثم تلى ذلك ما يقال بأن البعض يحصل عليه دون مقابل (٢٠٪) .

وكانت الأسباب الواردة في بند « أخرى تذكر » مؤكدة لما سبقتها ومضيفة إليها بعض الأسباب الأخرى مثل : استغلال التجار لطائفة الشباب ، وسهولة التهريب للمخدرات ، والسعة المادية بعد حالة الفقر ، وعدم القدرة على انفاق المال الأمر الذي يورط بعض الأفراد في الانخراط في التعاطي (جدول رقم ٥٤) .

ونخلص من ذلك ـ في حدود الأسباب الاقتصادية ـ أن الفقر والغنى كلاهما قد يؤديان إلى التعاطي وبخاصة عندما يرتبطان بسياق اجتماعي يحفز عليه ويدفع إلى بروزه .

أما الأسباب التي تمثل صعوبات مدرسية تدفع إلى التعاطي فقد تعددت وتنوعت غير أن السبب ذي النسبة الأكبر في تصور المبحوثين (٢١٪) تمثل في « الفشل نتيجة التأخر الدراسي »

جدول رقم (٥٣)
توزيع العينة وفقا
« للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي »

م	الأسباب الاجتماعية	التكــرار	النسبـة
١	مشكلات مستمرة بين الأب والأم	٤٤٤	٩,٩ ٪
٢	وفاة أحد الوالدين أو كليهما	٣٧٦	٨,٤ ٪
٣	القسوة الشديدة في التنشئة	٣٨٧	٨,٦ ٪
٤	التدليل الزائد	٥٠٥	١١,٣٪
٥	افتقاد القدوة الحسنة	١٧	,٤ ٪
٦	عدم القدرة على شغل وقت الفراغ	٤٣٦	٩,٧ ٪
٧	غياب الأب	٣٤٣	٧,٧ ٪
٨	الملل	٤٢٧	٩,٥ ٪
٩	صحبة المتعاطين	٦٦٨	١٤,٩٪
١٠	الإحساس بالضياع	٣١٦	٧,١ ٪
١١	تجمعات الشباب في المجالس دون رقابة	٤٧٦	١٠,٦٪
١٢	السفر للخارج	٢	,٠٥ ٪
١٣	عدم مراقبة الأبناء	٩	,٢ ٪
١٤	تعاطي الأب أو أحد أفراد الأسرة	٣	,٠٧ ٪
١٥	الفشل	٤	,١ ٪
١٦	أخرى تذكر	٨٥	١,٩ ٪
		٤٤٩٧	١٠٠٪

وبنسب مماثلة تقريبا سبب آخر هو « عدم الميل للدراسة » إذ أن عدم الميل يؤدي إلى التأخر وقد يرتبط ذلك بعدم القدرة أحيانا على التفاهم مع المدرسين (١٦٪) والطرد من الصف (١٥٪) ثم أخيرا وبفارق نسبي كبير ـ نلحظ عدم ملاءمة المناخ المدرسي (٦٪) . جدول رقم (٥٥) .

جدول رقم (٥٥)
توزيع العينة وفق
« تصورهم للصعوبات المدرسية المؤدية للتعاطي »

الصعوبات	التكـرار	النسبـة
الفشل نتيجة التأخر الدراسي	٤٨١	٢١,٤٪
صعوبة المقررات الدراسية وطولها	٢٥٩	١١,٥٪
تباين مستوى التحصيل بين تلاميذ الفصل الواحد	١٠٤	٤,٦٪
عدم ملاءمة المناخ المدرسي	١٤٥	٦,٥٪
عدم الميل للدراسة	٤٧٥	٢١,١٪
الطرد من الصف	٣٤٥	١٥,٤٪
عدم التفاهم مع المدرسين	٣٥٨	١٥,٩٪
عدم فعالية المواد المدرسية في علاج الإدمان	٢	,٠٩٪
عدم تفهم مشاكل الطلاب	٥	,٢٣٪
قسوة بعض المدرسين	٤	,١٧٪
مخالطة المدمنين	٣	,١٣٪
التفرقة في المعاملة بين الطلاب والقهر النفسي	٥	,٢٢٪
أخرى تذكر	٦١	٢,٧٪
	٢٣٤٧	١٠٠٪

أما الأسباب الأخرى المقدمة من قبل المبحوثين فتضيف مؤشرات جديدة كما تدعم الأسباب سالفة الذكر مثل : عدم تفهم مشكلات الطلاب ، والتفرقة في المعاملة بين الطلاب متضمنا القهر النفسي ، ثم قسوة بعض المدرسين وعدم امكانية التفاهم معهم ، وأخيرا مخالطة المدمنين . ويتضح من ذلك أن مسألة التأخر الدراسي وعدم الميـل للدراسة قـد تربط بالانسحاب من المدرسة والنزوع للاتجاهات الانحرافية ومنها تعاطي المخدرات .

خامسا : مشكلات مترتبة على التعاطي ، ومحاولات التدخل لمواجهتها :

ويمكن أن نعرض لهذا الجانب في ضوء عناصر أساسية كما يلي :

١) نوعية المشكلات المترتبة على التعاطي :

كان « تدهور صحة المتعاطي » تمثل المشكلة الأولى في نظر المبحوثين حيث بلغت نسبة الاستجابة إليها حوالي (١٩٪) ثم تلتها مباشرة « الإساءة إلى السمعة العائلية » (١٦٪) ثم انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي (١٥٪) فالانقطاع عن الدراسة (١٤٪) يليها « التأخر الدراسي » (١٣٪) ثم الضبط والتوقيف في جريمة (١١٪) وأخيرا التقليد بين الأخوة في الأسرة (١٠٪) (جدول رقم ٥٦) . أما المشكلات المضافة فكانت تبرز أوضاعا شديدة الخطورة وهي على الترتيب : اللواط ، الضياع ، نقل عدوى الإدمان للآخرين ، المرض ، والوفاة (وإن كانت جميعها بنسبة غاية في الضآلة) إلا أنها تعكس خطورة المشكلات المترتبة على التعاطي ، إنها تهدم أولا صحة المتعاطي (ذاتي) ثم تضر بسمعة عائلته (اجتماعي) وقد جاءت الأسباب الأخرى مفسرة ومدعمة لذلك .

٢) إدراك إحساس الآخرين بوجود المشكلة :

عندما سئل المبحوث عن مدى احساس الطلاب الآخرين في نظره بوجود المشكلة من عدم وجودها تحفظ حوالي ٤٤٪ منهم تحت مظلة « لا أدري » بينما أكدت نسبة مماثلة تقريبا (بلغت حوالي ٤٣٪) وجود هذا الإحساس ، في حين تضاءلت نسبة الذين نفوا وجود هذا الإحساس حيث بلغت حوالي (٨٪) (جدول رقم ٥٧) .

أما التصرفات التي سئل عنها المبحوثون فيما يتعلق بالمجموعة التي تشعر بوجود المشكلة فكانت أبرزها وأولاها (٣٢٪) أنه لا يوجد من يساعدهم على الحل ، وبنفس النسبة تقريبا مع فارق ضئيل للغاية (٣١,١٪) تبلور تصرف سلبي مؤداه انهم لم يفعلوا شيئا . وتلى ذلك - وبفارق نسبي كبير - (١٥٪) أكدت مجموعة أنهم ذهبوا إلى الطبيب النفسي ، وأظهرت مجموعة أخرى تصل نسبتها إلى حوالي (٩٪) بأن المشكلة ليس لها حل . بينما لم يذكر أكثر من ٨٪ بأنهم ذهبوا إلى الأخصائي الاجتماعي لحل مشكلتهم .

وأضيفت أسباب أخرى مثل : « أنهم ذهبوا لتغيير الدم » ، و « ذهبوا لسلاح الدروع » ، و « أودعوا بالسجن » ، « وسافروا للخارج للعلاج » . (جدول رقم ٥٨) .

وتدل المؤشرات الأولى أن النسبة الكبرى تجد أن مواجهة المشكلة تتم بشكل سلبي للغاية لأنه ـ كما زعموا ـ « لا يوجد من يساعدهم على حلها » ، ومن ثم جاءت الاستجابات التالية لذلك أقل بكثير ويفصلها فارق كبير وبخاصة عندما تتضمن تصرفات محددة وايجابية مثل : الذهاب إلى الطبيب النفسي أو الأخصائي الاجتماعي .. إلخ . وتلعب مسألة الاساءة بسمعة العائلة إذا ما اعترف المتعاطي جهراً بالمشكلة دوراً حيوياً وفعالاً في زيادة الاختفاء والاخفاء ومن ثم التورط أكثر في عملية التعاطي .

ولعل هذا الجانب يتضافر مع تلك الفترة التي لم يكن هناك من يعترف ـ سواء على المستوى الرسمي للدولة أو المؤسسات العلمية ـ بوجود المشكلة وبالتالي لم تكن مسألة اثارة الوعي بها قضية واردة .

٣) دور الاخصائي الاجتماعي في التعامل مع المشكلة :

أظهرت النتائج أن النسبة الغالبة من أفراد العينة ٧٥٪ تؤكد عدم لجوء التلاميذ المتعاطين للأخصائي الاجتماعي . بينما لم تزد نسبة الذين قالوا بأنهم يلجأون له عن (١٧٪) (جدول رقم ٥٩) .

وتعكس هذه النتيجة في حد ذاتها ـ وحتى قبل التعرف على أسبابها الحقيقية ـ ظاهرة بالغة الخطورة ذلك أن محور مهمة الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة تدور حول مواجهة مثل هذه المشكلات وتتوقف مهارته على كيفية التصدي لها .

وحتى في حدود النسبة التي أكدت لجوئهم للأخصائي (حوالي ١٧٪) تعددت التوقعات وتنوعت لما يفعله الأخصائي تجاه المتعاطين . فكانت النسبة الغالبة (٤٥٪) تتوقع أن يحوله إلى رائد الفصل . ثم ـ وبعد فارق نسبي كبير ـ (١٧٪) قال البعض أنه يوجه له النصيحة ، ثم ذهبت نسبة بلغت حوالي (١٣٪) إلى القول بأنها تتوقع أن يبلغ أولياء الأمور . بينما زعمت نسبة حوالي (٩٪) أنه يبلغ ادارة المدرسة ، ثم تلى ذلك نسبة مماثلة تقريبا تقول بالتحويل إلى الصحة المدرسية ، وأخيرا بلغت نسبة في حدود (٤٪) ادعت بأنه لا يفعل شيئا . (جدول رقم ٦٠) .

وتعكس هذه المؤشرات مدى سلبية دور الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة فهو شخصيا ـ كما عكست بعض الاستجابات لا يفعل أكثر من مجرد تحريك المشكلة ودفعها من أمامه (التحويل لرائد الفصل ، أو الصحة المدرسية ، أو ادارة المدرسة ، أو أولياء الأمور) وقد يكون ذلك

إجراء ضروري في مرحلة ما ، ولكنه بالقطع ليس نهائيا ـ فالمتعاطي يحتاج إلى متابعة وتقصي لحالته الاجتماعية ـ الأسرية والمدرسية لا أن يتوقف الأمر عند ذلك الحد .

أما المجموعة التي نفت لجوء المتعاطين للأخصائي (حوالي ٧٥٪) فقد سئلت عن الأسباب التي تقف وراء ذلك من وجهة نظرهم فكان السبب الأكثر ورودا (٣٩٪) محددا في الخشية من الاتصال بولي الأمر ، وتلى ذلك ـ وبفارق كبير نسبيا ـ (١٩٪) بأن هناك مشكلات قد حدثت للآخرين الذين لجأوا للأخصائي . وبنسبة مماثلة أيضا أفادت مجموعة أخرى بأن ذلك قد حدث لأنه لا يفعل شيئا ، وأخيرا ورد سبب بنسبة أقل (٩٪) يتصل بالخوف من التحويل للصحة المدرسية . (جدول رقم ٦١) .

وقد كشفت هذه الأسباب جميعا عن فقدان دور الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة ـ بخصوص هذه المشكلة على الأقل ـ ولا يرجع ذلك فقط إلى عدم حماسه لعمله أو عدم تقديره لخطورة المشكلة ، وإنما يعود أيضا وبالدرجة الأولى للمصاحبات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالمشكلة . فالتلميذ رغم إحساسه بالمشكلة ، ورؤية الأخصائي الاجتماعي له وتأكده من الانغماس في التعاطي وأحيانا التورط فيه وربما التصارح فيما بينهما بشأنها . . رغم ذلك إلا أن الأخصائي لا يجرؤ في كثير من الأحيان على الاتصال بأولياء الأمور ليس فقط لإعلامهم بمشكلة ابنهم ، وإنما أيضا لدراسة الظروف الأسرية التي قد تكون سببا للتعاطي ذلك لأنه والتلميذ في آن واحد يدركان تماما بأن « هذا الاتصال يسيء بالسمعة العائلية » . فإذا أضيف إلى ذلك عجز الأخصائي الاجتماعي عن التأثير في الطلاب ، ومن ثم الوفاء بمسئولياته بالمدرسة (فهو لا يؤدي دورا كالمدرس مثلا بحيث يشعر الطلاب أن دوره فعال ونافع بالنسبة لهم) ومن ثم عدم تقدير التلميذ له أو لدوره لاستبان الموقف بشكل جلي .

٤) تصرف المبحوث تجاه زميل له يتعاطى :

أوضحت النسبة الغالبة (حوالي ٣١٪) أن رد الفعل الأول تجاه المتعاطي هو تذكيره بعقاب الله ثم أبانت النسبة التالية لذلك (٢٦٪ تقريبا) بضرورة نصيحته بالتوقف عن التعاطي وتلتها مباشرة نسبة بلغت (٣٥٪) بأهمية توجيهه للعلاج . ثم ـ وبفارق نسبي كبير ـ (١٠٪) لوحظت النصيحة بالتوجه للأخصائي الاجتماعي ، وأخيرا ذكرت نسبة بلغت حوالي (٢٪) زعمت بأنها لا تستطيع أن تفعل شيئا .

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء غلبة التوجه الديني ومن ثم جاء تذكيره بعقاب الله بمثابة

رد الفعل الأول لتصرف المبحوث تجاه زميله المتعاطي . ثم وردت بعد ذلك جملة النصائح بالتوقف عن التعاطي أو العلاج أو غير ذلك ، وهذه نتيجة تتسق تماما مع نسق القيم وإنماط التفكير بالمجتمع .

أما الأسباب المضافة التي وضعها بعض المبحوثين في بند « أخرى تذكر » فقد حددت حسب نسبة الاستجابة على النحو التالي : « أوضح المشاكل المترتبة على التعاطي وأحاوله منعه » ، « أخبر والديه وأخوته » ، « أبلغ الشرطة » ، « أنصحه بتمضية وقت فراغه في ممارسة هواياته » ، « أبتعد عن صحبته وأقطع علاقتي به » . (جدول رقم ٦٢) .

وتدل هذه الأسباب جميعا على حماس ـ هذه المجموعة التي استجابت للسؤال ـ للمشكلة ومحاولة التصدي لها بالتذكير أو النصيحة أو اخطار الوالدين أو الشرطة أو الإحالة للعلاج أو الابتعاد وهذا أضعف الايمان .

* * *

ثانيا : الاستبيان الخاص بأولياء الأمور :

تضمنت هذه الآراء أيضا على بنود رئيسية خمس هي :

ـ بيانات أساسية .
ـ تصور وجود المشكلة .
ـ ملامح التعاطي .
ـ أسباب التعاطي .
ـ مشكلات مترتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لمواجهتها .

وسوف نتناول هذه العناصر في شيء من التفصيل :

أولا : بيانات أساسية : وتضم المتغيرات التالية :

(١) السن :

تبين أن ٦٠٪ من العينة تتركز بين الفئات العمرية (٤٠ ـ ٥٥ عاما) ، بينما تتضاءل نسب أفراد العينة في الفئات العمرية الأخرى سواء كانت أعلى أو أقل باستثناء فئة العمر (٣٥ ـ ٤٠) إذ تبلغ نسبتها ١٦٪ .

وهذه النتيجة تتسق مع عينة الطلاب إذ أنهم بالمرحلتين الاعدادية والثانوية حيث يبلغ متوسط العمر بينهم ١٧ سنة وبالتالي يندر أن نجد آباءهم وقد تجاوزوا الستين عاما (١١٪ من العينة) أو لم يبلغوا بعد ٣٥ عاما (٧٪ من العينة) (جدول رقم ١) .

ومن الطبيعي أن يلعب هذا المتغير والذي نقصد به « الفروق في الأعمار بين الأجيال » دورا في بروز الظاهرة (كما سنرى في التحليل النهائي) .

(٢) الجنسية :

يتضح من البيان الوارد (بجدول رقم ٢) أن الغالبية العظمى (٧٩٪) من أفراد العينة قطريون يليهم الفلسطينيون (٦٪) ، ثم المصريون (٤٪) .

وقد لعبت العشوائية دوراً أساسياً في اختيار أولياء الأمور وفقا لجنسيتهم وخاصة أننا لم

نستطع اختيار أولياء أمور نفس الطلاب للأسباب التي سبق الاشارة إليها ، الأمر الذي دفعنا لاختيار أولياء الأمور بشكل عشوائي بحت .

(٣) الحالة الزواجية :

تبلغ نسبة المتزوجين بالعينة ٩٤٪ من جملة أفرادها وهي نسبة غالبة ، فإذا أضفت إلى ذلك متغير السن إذ تصل نسبة أولئك الذين تجاوزوا الأربعين عاما ٦٠٪ ، لأدركنا مدى وعي العينة بظاهرة التعاطي ، لاحتمال أن يكون لديهم « أبناء » في بداية سن المراهقة .

(٤) الحالة التعليمية :

لو قمنا بضم فئتي الأميين إلى من يقرأون ويكتبون بعينة أولياء الأمور لبلغت نسبتهما معا حوالي ٣٨٪ . ولو فعلنا نفس الشيء بالنسبة للحاصلين على الشهادتين الابتدائية والاعدادية لوجدنا نسبتهما تصل إلى ٢٧٪ أما حينما تضم بقية الفئات وهم الحاصلون على شهادات : ثانوية ، وجامعية ، وأعلى من الجامعية لبلغت نسبتهم ٣٥٪ . (جدول رقم ٥) .

ويمكن فحص تأثير متغير التعليم على مدى تصور الآباء لوجود المشكلة عموما ومعاناة الطلاب منها خصوصا (كما سيرد فيما بعد) .

ومما يؤكد أهمية هذا المتغير أن نسبة الأميين قد ارتفعت عن الثلث وكذلك بالنسبة لفئة المتعلمين تعليما متوسطا أو جامعيا (الفئة الأخيرة) .

(٥) الحالة المهنية :

هناك مهنتان غالبتان تسودان عينة الدراسة وتتمثلان في : أصحاب المهن الادارية (٣٦٪) ثم التجار (٢٣٪) . ويليهما - بفارق نسبي كبير - المنتمين إلى مهن الخدمات (١١٪) ثم المقاولات (٩٪) . (جدول رقم ٧) .

ويمكننا الاستئناس هنا بنوعية المهنة في التعرف على مدى وعي المبحوث بمشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب فضلا عن طبيعة التدخلات التي يراها للحد من تفاقم الظاهرة .

(٦) عدد الأبناء :

تبلغ أكبر نسبة بين أفراد العينة من حيث عدد الأبناء من لديهم « ستة » أبناء إذ تصل نسبتهم إلى ٣٤٪ وتليها بفارق نسبي كبير من لديهم « ثلاثة » ، « وأربعة » أبناء حيث بلغت النسبة في كل ١٢٪ . (الجدول رقم ٨) .

يتيح متغير عدد الأبناء الفرصة للتعرف على « حجم الأسرة » وما إذا كان هذا المتغير يلعب دوراً في ظهور بعض المشكلات الأسرية والمجتمعية (مثل تعاطي المخدرات) وبالتالي مدى الوعي بها .

(٧) أعمار الأبناء وفق ترتيبهم بالأسرة ، وجنسهم (ذكور ، واناث) :

يهمنا في هذا الصدد الفئة العمرية التي تعلو سن الثانية عشرة باعتبار أنها بداية المرحلة الاعدادية التي نسعى إلى الكشف عن ظاهرة تعاطي المخدرات ابتداء بتلاميذها .

وقد كشفت البيانات الخاصة بالجداول أرقام (٩) ، (١١) ، (١٣) ، (١٥) ، (١٧) نسب أولئك الذين تجاوز ابنهم الأول ، ثم الثاني ، فالثالث ، ثم الرابع ، والخامس على التوالي اثنى عشرة سنة وقد كانت هذه النسب على الترتيب كما يلي : ٨٣٪ ، ٦٧٪ ، ٥١٪ ، ٣٤٪ ، ٢٢٪ .

ويلاحظ بطبيعة الحال أن النسبة تتناقص كلما جاء ترتيب الابن متأخرا وهذا منطقي طبقا لفئات أعمار الآباء مقابل مثيلتها لدى الأبناء .

ذلك شأن العمر أما بالنسبة للجنس فقد كان الملاحظ وفقا للبيانات الواردة بالجداول (١٠) ، (١٢) ، (١٤) ، (١٦) ، (١٨) التي تكشف عن جنس الابن (ذكرا كان أم انثى) طبقا للترتيب السابق من الأول إلى الخامس أن نسبة الذكور دائما كانت هي الأعلى ويؤكد ذلك النسب التالية مرتبة ابتداء من الأول إلى الخامس : (٥٧٪ ذكورا مقابل ٢٦٪ اناثا) ، (٤٤٪ ذكورا مقابل ٣٨٪ اناثا) ، (٤٨٪ ذكورا مقابل ٢٩٪ اناثا) ، (٤١٪ ذكورا ، ٢٣٪ اناثا) ، (٢٩٪ ذكورا ، ٢٣٪ اناثا) . وينبغي هنا ألا نأخذ مثل هذه النسب على علاتها أي أننا لن نجد لها تفسيرا ديموغرافيا على الاطلاق بل أن تفسيرها الاجتماعي ـ الثقافي قد يكون هو الأرجح فكثير من أبناء المجتمعات التقليدية يترددون كثيرا في مجرد الاشارة إلى أخواتهم الاناث (حتى ولو طلب في البحث ذلك) . وقد لوحظ هذا التردد والحرج بوضوح أثناء اجراء الدراسة الميدانية ، ومن ثم فقد وردت نسب الذكور دائما هي الأعلى بالنسبة للأبناء الأربعة الأول .

(٨) السكن :

في حدود إجمالي العينة البالغ مائة « ولي أمر » أجاب على السؤال الخاص بتحديد الحي ، السكني الذي يقطن به المبحوث وأسرته (٥٦٪) من جملة العينة مقابل (٤٤٪) وضعوا في فئة « غير المبين » . وهي مسألة لافتة للنظر ودالة في ذات الوقت من أن المبحوث لا يريد الكشف

عن محل سكنه رغم أن السؤال لم يكن يستفسر عن عنوانه بالتحديد، وإنما مجرد الحي أو الفريج الذي يقطنه .

وهذا مؤشرا يمكن تفسيره في ضوء النسق التقليدي المحافظ الذي يعيش في حدوده أفراد المجتمع وبخاصة إذا ما ارتبط الموضوع بالسؤال عن ظاهرة مثل تعاطي المخدرات .

وتراوحت الأعداد والنسب فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة على الأحياء السكنية (وتبلغ خمسة وعشرين حيا بالدوحة وضواحيها) بين ١ , ٥٪ فكانت النسبة الأولى (١٪) ممثلة في أحياء مثل : المرخية ، المنتزة ، النصر ، وبن محمود . . إلخ بينما بلغت ٥٪ في منطقتين هما : فريق بن عمران ، والغانم الجديد (جدول رقم ١٩) .

ومن العسير أن نفسر استجابات هؤلاء المبحوثين تجاه مشكلة البحث اعتمادا على توزعهم على أحياء الدوحة ذلك أن الفروق ضعيفة إلى حد بعيد في نسب توزعهم لسكنى هذه الأحياء .

وفيما يتعلق بنمط السكن تكشف النسبة الغالبة بين أفراد العينة (٥٤٪) أنها تقطن في « بيت عربي » أما الذين يسكنون « فيلا » فقد بلغت نسبتهم ٣٥٪ بينما تضاءلت نسبة الذين يقطنون « بشقة » حيث بلغت ٦٪ . (جدول رقم ٢٠) .

أما ما يتصل بعدد غرف المسكن فقد اتضح أنه رغم تماثل نسبة من يتكون مسكنهم من أربع غرف مع الذين يقيمون في مسكن مكون من ثمان غرف (١٧٪) إلا أن ما يهمنا في هذا العنصر هو المدى بين ٤ ، ٨ غرف حيث بلغت نسبة من يسكن بها حوالي ٦٣٪ وتتوزع النسبة الباقية على من يقيمون في أكثر من هذا العدد أو أقل . (جدول رقم ٢١) . ومن الطبيعي أن يتسق هذا التوزيع مع المؤشر السابق (نمط السكن) فالنسبة الغالبة ٨٩٪ يقيمون إما في فيلا أو في بيت عربي وكلاهما يحتوي على هذا العدد (٤ ـ ٨ غرف) في المتوسط .

وفيما يتعلق بحيازة السكن فتكاد تتقارب نسب من يملكون مسكنهم (٥٠٪) من أولئك الذين يقيمون في مساكن حكومية (٤٤٪) سواء كانوا مواطنين أم غير مواطنين . وتضاءلت إلى حد كبير نسبة الذين يستأجرون مساكنهم (٦٪) (جدول رقم ٢٢) .

ثانيا : تصور وجود المشكلة :

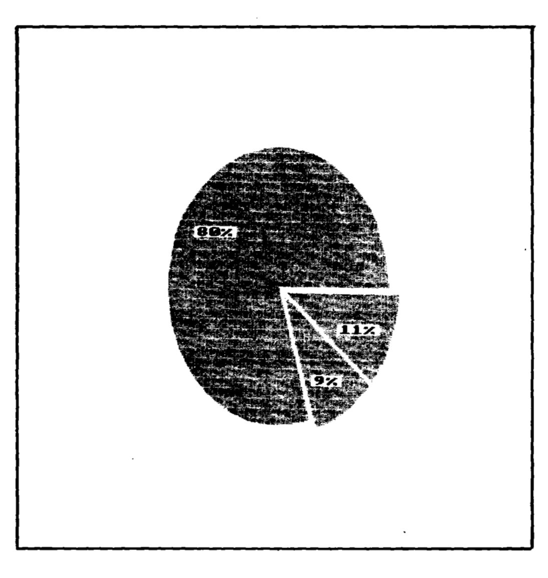
ويمكن تحليل هذا التصور في ضوء المتغيرات التالية :

) إدراك وجود المشكلة بين الشباب عموما وطلاب المدارس خصوصا :

كشفت المادة المعطاه عن إدراك واضح بين أولياء الأمور بالعينة لوجود هذه المشكلة بين الشباب في قطر عموما إذ بلغت نسبة من يدركون بذلك حوالي ٨٠٪ بينما لم تزد نسبة من أكد أنه لا توجد مشكلة عن ٩٪ أما الذين « لا يدرون » شيئا عن وجود المشكلة فقد بلغت نسبتهم حوالي ١١٪ . (جدول رقم ٢٣) .

جدول رقم (٢٣)
توزيع العينة وفقا
لمدى ادراكهم لوجود مشكلة تعاطي المخدرات
بين الشباب في قطـر

م	وجود المشكلة	التكـرار	النسبة
١	نعم	٨٠	٨٠٪
٢	لا	٩	٩٪
٣	لا أدري	١١	١١٪
		١٠٠	١٠٠٪



توزيع العينة وفقا
لمدى ادراكهم لوجود مشكلة تعاطي المخدرات
بين الشباب في قطـر

١) نعـم	٨٠٪
٢) لا	٩ ٪
٣) لا أدري	١١٪

والنسبة الأخيرة (١١٪) وإن لم تكن غالبة إلا أنها تشير إلى وجود نوع من السلبية أو الخشية من الجهر برأي محدد في المشكلة . وتتضح الصورة أكثر عندما ترتفع نسبة هؤلاء إلى (٣٠٪) عندما وجه إلى ذات العينة سؤال عن ادراكهم بوجود هذه المشكلة بالمدارس . وقد انخفضت

النسبة بالضرورة بين أولئك الذين أكدوا وجود المشكلة بين طلاب المدارس حيث بلغت حوالي ٦٣٪ (وذلك لارتفاع نسبة من لا يدرون بوجود هذه المشكلة بخصوص هذا السؤال) بينما انخفضت نسبة من ادعى بعدم وجودها حيث لم تزد عن (٦٪) . (جدول رقم ٢٤) .

(٢) كيفية المعرفة بوجود المشكلة بين طلاب المدارس :

تمثل أحاديث الناس في المجالس « القناة الرئيسية » التي يعرفون من خلالها الكثير من مشكلات المجتمع ، ولم تخرج مشكلة التعاطي عن ذلك ومن ثم استحوذ هذا العنصر على النسبة الغالبة (حوالي ٥٥٪) من الاستجابات .

وقد تلت هذه النسبة نسبة أخرى قريبة منها في المضمون وهي التي تتصل بأن معرفتهم هذه قد تمت عن طريق « أولياء أمور آخرين » (وقد يتم ذلك في المجالس وغيرها) وبلغت نسبة هذه الاستجابة حوالي (٢٣٪) من جملة الاستجابات .

كما يكشف البيان عن تضاؤل دور مجالس الآباء والمدرسين(*) والمنوط به اثارة مثل هذه القضايا فقط بلغت نسبة الاستجابات حوالي ١١٪ . أما أحاديث الابن نفسه عن زملائه بالمدرسة فقد مثلت حوالي ٧٪ . (جدول رقم ٢٥) .

جدول رقم (٢٥)

توزيع العينة وفقا لكيفية معرفتهم أن بعض تلاميذ المدارس يتعاطون المخدرات

كيفية المعرفة	التكرار	النسبة
من حديث الناس في المجالس	٤٨	٥٥,٢٪
من حديث ابني عن زملائه بالمدرسة	٦	٦,٩ ٪
من حضوري لمجالس الآباء والمدرسين	١٠	١١,٥٪
من أولياء الأمور الآخرين	٢٠	٢٣٪
أخرى	٣	٣,٤ ٪
	٨٧	١٠٠٪

* سبق الاشارة في مقدمة هذا البحث إلى عدم الإقبال على مجالس الآباء وبالتالي انعدام فعاليتها .

ويكشف هذا المؤشر بصفة عامة عن فقدان دور المدرسة إلى حد كبير في اثارة وعي الآباء بمثل هذه المشكلة فضلا عن ضياع مسألة التفاهم والتواصل بين الآباء والأبناء بشأن ذات المشكلة (وسنعرض لهذه القضية بالتفصيل في المستوى الثاني من التحليل) .

(٣) الاعتقاد بمدى انتشارية الظاهرة ، وكيفية التوصل إلى ذلك :

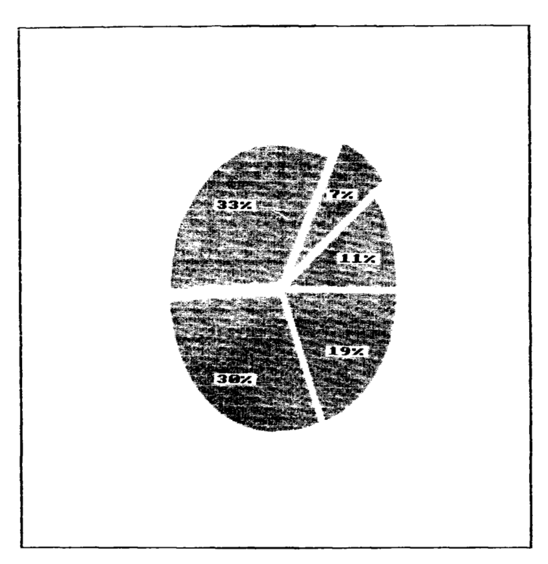
ذهب حوالي ٣٣٪ من أفراد العينة إلى الاعتقاد بأن الظاهرة منتشرة إلى حد ما غير أن النسبة التالية لها مباشرة ـ ويفارق نسبي ضئيل حوالي (٣٠٪) ـ تؤكد أن الظاهرة قليلة الانتشار . كما أن هناك نسبة ليست ضئيلة ـ في هذه الحدود ـ وتبلغ حوالي (١٩٪) ادعت بأنها « لا تدري » من الأمر شيئا وهذا يعني أن هناك نسبة أخرى (حوالي ٧٪) أكدت بأن الظاهرة منتشرة بكثرة . (جدول رقم ٢٦) .

جدول رقم (٢٦)
توزيع العينة وفق الاعتقاد بمدى انتشار
ظاهرة التعاطي بين التلاميذ

	مدى الانتشار	التكـرار	النسبـة
١	غير مبين	١١	١١٪
٢	منتشرة بكثرة	٧	٧٪
٣	إلى حد ما	٣٣	٣٣٪
٤	قليلة الانتشار	٣٠	٣٠٪
٥	لا أدري	١٩	١٩٪
		١٠٠	١٠٠٪

أما الكيفية التي من خلالها توصل أفراد العينة للحكم على مدى انتشارية الظاهرة : سلبا أو ايجابا فقد مثلت أحاديث الناس في المجالس أيضا (وهذا يتسق مع الجدول رقم ٢٥) النسبة الأكبر حيث بلغت حوالي (٤٣٪) من جملة الاستجابات . وقد تلى ذلك مباشرة وسائل الاعلام باعتبارها قناة مهمة تثير الوعي بمدى انتشارية الظاهرة بنسبة بلغت (٣٢٪) وتدنت هنا أيضا مجالس الآباء إلى (١٠٪) وأحاديث الابن نفسه عن المشكلة (٨٪) (جدول رقم ٢٧) الأمر الذي

يتسق تماما مع ما سبق التوصل إليه بشأن الكيفية التي عرف من خلالها أولياء الأمور بأن بعض تلاميذ المدارس يتعاطون المخدرات (١١٪ مجالس الآباء ، أحاديث الأبناء) .



توزيع العينة وفق الاعتقاد بمدى انتشار
ظاهرة التعاطي بين التلاميذ

١) غير مبين	١١٪
٢) منتشر بكثرة	٧ ٪
٣) إلى حد ما	٣٣٪
٤) قليلة الانتشار	٣٠٪
٥) لا أدري	١٩٪

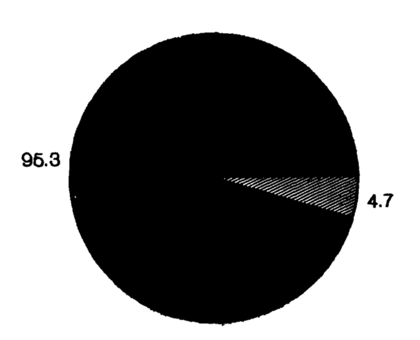
جدول رقم (٢٧)
توزيع العينة وفق كيفية التوصل إلى هذه النتيجة
(تقديرهم لمدى انتشار الظاهرة)

م	كيفية التوصل	التكرار	النسبة
١	من مناقشات مجالس الآباء	١٣	١٠,٣٪
٢	من حديث ابني عن المشكلة	١٠	٧,٩٪
٣	من وسائل الاعلام	٤٠	٣١,٧٪
٤	من قريب أو صديق يعمل في التعليم	٨	٦,٣٪
٥	من حديث الناس بالمجالس	٥٤	٤٢,٩٪
٦	أخرى	١	,٨٪
		١٢٦	١٠٠٪

وفيما يتعلق بأولئك الذين حددوا « وسائل الاعلام » باعتبارها الوسيلة أو الكيفية التي تعرفوا من خلالها على مدى انتشارية الظاهرة والذين بلغت نسبة استجاباتهم حوالي ٣٢٪ كما سبق الاشارة فقد حددوا بشكل أكثر دقة الوسيلة الاعلامية التي من خلالها تعرفوا على ذلك . لقد برز التليفزيون والفيديو على قمة الاستجابات حيث بلغت جملة الاستجابات بشأنها حوالي (٩٥٪) . ومن اللافت للنظر أن أحدا ضمن العينة لم يتأثر بالصحف في هذا الشأن بينما مثلت النسبة المتبقية ٥٪ الوسائل الأخرى غير ما سبق (جدول رقم ٢٨) .

جدول رقم (٢٨)
توزيع العينة وفق
نوعية وسائل الاعلام التي تعرف من خلالها
على ظاهرة التعاطي

وسائل الاعـلام	التكــرار	النسبــة
١ تليفزيون - فيديو	٤١	٩٥,٣٪
٢ صحف	–	–
٣ أخـرى	٢	٤,٧ ٪
	٤٣	١٠٠٪



توزيع العينة وفق

نوعية وسائل الاعلام التي تعرف من خلالها على ظاهرة التعاطي

١) تليفزيون - فيديو ٩٥,٣٪

٢) صحف –

٣) أخرى ٤,٧ ٪

ثالثا : ملامح التعاطي :

يمكن تحليل هذه الملامح ودراستها في ضوء متغيرات ثلاثة هي :

(١) امكانية تحديد ملامح تميز المتعاطي :

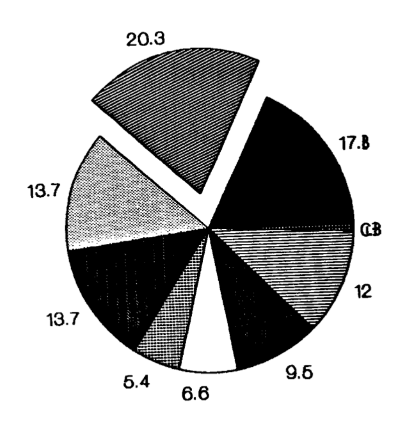
بينما أكد حوالي (٧٠٪) من جملة أفراد العينة بأن في امكانهم تحديد ملامح المتعاطي ذهب حوالي (٢٧٪) بأنه ليس بإمكانهم ذلك (جدول رقم ٢٩) .

وفي حدود النسبة التي أكدت امكانية ذلك تفاوتت الاستجابات بشأن كيفية هذا التحديد . غير أن النسبة الغالبة (٢٠٪) كانت تعتمد على مؤشر « الضعف والخمول وشحوب الوجه » . وتلى ذلك مباشرة ـ بنسبة حوالي (١٨٪) ـ من أكد بامكانية التعرف على المتعاطي من خلال مظهر « احتقان العينين وزيغ البصر » . وتماثلت نسبة من ذهب إلى كل من مؤشري : « الانطواء والعزلة » ، و« قلة الحركة وبطء التفكير » حيث بلغت النسبة في كل حوالي ١٤٪ ثم يليها « الكذب والسرقة » . ثم تتوالى بعد ذلك بقية المؤشرات مثل : « اثارة المشكلات » ، « وسرعة التعب بعد أقل مجهود » . . إلخ (جدول رقم ٣٠) .

جدول رقم (٣٠)

توزيع العينة وفق كيفية تحديد هذه الملامح

كيفية التحديد	التكـرار	النسبـة
١ من إحتقان العينين وزيغ البصر	٤٣	٪١٧,٨
٢ من الضعف والخمول وشحوب الوجه	٤٩	٪٢٠,٣
٣ من الانطواء والعزلة	٣٣	٪١٣,٧
٤ قلة الحركة وبطء التفكير	٣٣	٪١٣,٧
٥ من العدوان والتخريب	١٣	٪ ٥,٤
٦ من سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود	١٦	٪ ٦,٦
٧ من إثارة مشكلات	٢٣	٪ ٩,٥
٨ الكذب والسرقة	٢٩	٪١٢
٩ أخـرى	٢	٪ ,٨
	٢٤١	٪١٠٠



توزيع العينة وفقا لكيفية تحديد هذه الملامح

١) من احتقان العينين وزيغ البصر	١٧,٨٪
٢) من الضعف والخمول وشحوب الوجه	٢٠,٣٪
٣) من الانطواء والعزلة	١٣,٧٪
٤) قلة الحركة وبطء التفكير	١٣,٧٪
٥) من العدوان والتخريب	٥,٤ ٪
٦) من سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود	٦,٦ ٪
٧) من اثارة مشكلات	٩,٥ ٪
٨) الكذب والسرقة	١٢٪
٩) أخـرى	,٨ ٪

ويعكس ذلك أن هناك وعيا بالظاهرة ، ورؤية صحيحة للملامح المميزة للمتعاطي إذ أنه من الطبيعي أن يكون الإدراك أولا فيزيقيا أو جسميا ثم نفسيا أو سلوكيا .

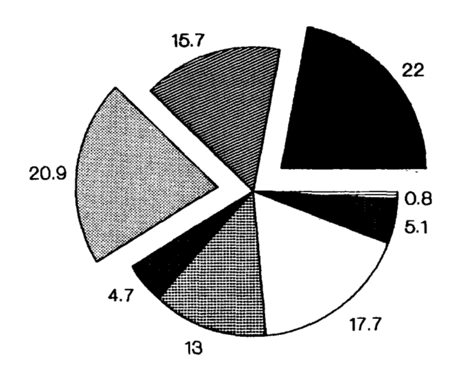
(٢) امكانية تحديد تصرفات (سلوكيات) تميز المتعاطي :

ذهبت نسبة غالبية من بين المبحوثين (حوالي ٨٠٪) إلى القول بأن هناك بالفعل تصرفات (سلوكيات) تميز المتعاطي بينما تدنت نسبة الذين ادعوا غير ذلك حوالي (١٦٪) (جدول رقم ٣١) .

وفي أطار هذه النسبة الغالبة توزعت الاستجابات وتنوعت حول ماهية هذه التصرفات التي تميز المتعاطي من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة . وكانت الاستجابة التي تحتل المرتبة الأولى (ضمن ثمان استجابات) هي كثرة التغيب (٢٢٪) ثم السهر خارج المنزل ٢١٪ ، تليها « اللا مبالاة وعدم الاهتمام » (بنسبة بلغت حوالي ١٨٪) ثم « سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة » (١٦٪) ثم « التمرد على الوالدين » (١٣٪) وتدنت الاستجابات بعد ذلك إلى أن بلغت حوالي ٥٪ بالنسبة لبعض الاستجابات مثل « السلبية » . (جدول رقم ٣٢) .

جدول رقم (٣٢)
توزيع العينة وفقا لماهية التصرفات أو السلوكيات المميزة للمتعاطي

	ماهية التصرفات أو السلوكيات	التكـرار	النسبـة
١	كثرة التغيب عن المنزل	٥٦	٢٢٪
٢	سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة	٤٠	١٥,٧٪
٣	السهر خارج المنزل	٥٣	٢٠,٩٪
٤	الميل للعنف والتخريب	١٣	٤,٧٪
٥	التمرد على الوالدين	٣٣	١٣٪
٦	اللا مبالاة وعدم الاهتمام	٤٥	١٧,٧٪
٧	السلبية وعدم العناد	١٣	٥,١٪
٨	أخـرى	٢	,٨٪
		٢٥٤	١٠٠٪



توزيع العينة وفقا لماهية التصرفات أو السلوكيات المميزة للمتعاطي

١) كثرة التغيب عن المنزل	٪٢٢
٢) سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة	٪١٥,٧
٣) السهرة خارج المنزل	٪٢٠,٩
٤) الميل للعنف والتخريب	٪ ٤,٧
٥) التمرد على الوالدين	٪١٣
٦) اللا مبالاة وعدم الاهتمام	٪١٧,٧
٧) السلبية وعدم العناد	٪ ٥,١
٨) أخـــر	٪ ,٨

وتعكس المؤشرات السابقة أن سلوكيات المتعاطي - كما يلاحظها ولي الأمر - تتعلق أساسا بتفاعلات الابن مع بقية أفراد الأسرة سواء الوالدين أو الأخوة وتقييمهم لسلوكياته .

(٣) تأثير التعاطي على التحصيل الدراسي ، ومظاهره :

في الوقت الذي لم تزد نسبة من أكد أن هناك ملامح فيزيقية (جسمية) يمكن أن تميز في ضوئها المتعاطي عن (٧٠٪) ، ولم ترتفع أيضا نسبة من ذهب إلى أن هناك تصرفات (سلوكيات) تميزه أيضا عن (٨٠٪) ، فإن نفس أفراد العينة عندما سئلوا عن رأيهم في امكانية تأثير التعاطي على درجة التحصيل الدراسي للتلاميذ ارتفعت النسبة إلى (٩٠٪) حيث أكدت هذه النسبة الغالبة *صدق هذا الافتراض* .

ومن اللافت للنظر أنه بينما احتوت الجداول السابقة على نسبة - حتى ولو كانت ضئيلة - من الذين نفوا وجود ملامح مميزة للتعاطي إلا أن هذا البيان (جدول رقم ٣٣) لم يتضمن اجابة واحدة ادعت بعدم وجود هذا التأثير المفترض . بينما بلغت نسبة الذين لا يدرون حوالي (٨٪) .

وعندما سئل أفراد العينة عن علامات أو مظاهر هذا التأثير أكدت نسبة بلغت حوالي (٤٤٪) أن هذا المظهر يتمثل في « تكرار مرات الرسوب » ، وتلت هذه الاستجابة - وبفارق نسبي ضئيل - استجابة أخرى تمثلت في انخفاض التقديرات (العلامات) للمتعاطي حيث بلغت حوالي (٣١٪) . ثم جاء في المرتبة الثالثة « أخطار المدرسة » (شكوى المدرسين) بنسبة استجابات بلغت حوالي (١٧٪) ثم وردت أخيرا - وبفارق نسبي كبير - استجابة خاصة بالتزوير في علامات الشهادات حوالي (٧٪) (جدول رقم ٣٤) .

وهكذا أكدت عينة الدراسة على وجود ارتباط وثيق بين التعاطي وتكرار مرات الرسوب أو انخفاض التقديرات للمتعاطين من الطلاب أو التزوير في الدرجات وما إليها .

رابعا : أسباب التعاطي :

يمكننا رؤية هذا الجانب من خلال عناصر أربعة نعرضها على النحو التالي :

(١) الأسباب العامة :

رغم ورود أربعة أسباب عامة - فضلا عن أسباب أخرى غير محددة - تؤدي للتعاطي ، إلا أن استجابة أفراد عينة الدراسة بشأنها قد تبلورت جميعها واستقطبت في سبب واحد هو « سهولة الحصول على المخدر » فقد بلغت نسبة الاستجابة تجاه هذا المتغير حوالي ٩١٪ من جملة الاستجابات ، أما الذين عددوا أسبابا أخرى (لم تصنف) فلم تزد نسبتهم عن ٩٪ . (جدول رقم ٣٥) .

ولعل الأمر يختلف هنا في عينة أولياء الأمور عن مثيلتها بين الطلاب فقد توزعت الأسباب لدى العينة الأخيرة وكان في مقدمتها « الرغبة في التجريب » ولم يستحوذ هذا السبب على أكثر من ٣١٪ ثم تلاه مجموعة من الأسباب الأخرى . ويبدو أن السبب في اختلاف الرؤية هنا إلى الوسط أو المناخ الذي يتعامل من خلاله أفراد كلا العينتين فيا يعتقده أولياء الأمور كأسباب دافعة للتعاطي هو اعتقاد مردة لكونهم ملاحظين من الخارج وربما عن بعد ، هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فقد يكونوا (الآباء) أكثر ادراكا للواقع الملموس من الطلاب أنفسهم ولا يقلل هذا بأي حال من إدراك الطلاب للظاهرة فلهم رؤيتهم الذاتية المستمدة أساسا من تفاعلاتهم مع الآخرين ممن يتعاطون ، غير أن هذا لا يعني صدق رؤية طرف بالنسبة للآخر ، وإنما هي في النهاية - وهذا ما نطمح إلى التوصل إليه - رؤية متكاملة لذات الظاهرة .

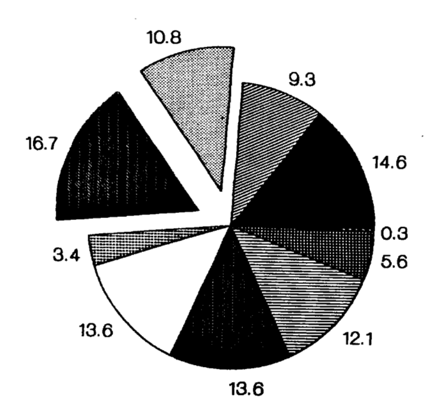
(٢) الاسباب الاجتماعية :

ضمن عشرة اسباب اجتماعية تتصل اساسا بنمط التنشئة الاجتماعية بالأسرة توزعت استجابات المبحوثين بصدد اعتبار أيها - أو بعضها - السبب الفاعل في التعاطي . فقد وافتنا البيانات بأن هناك حوالى ١٧٪ من اجمالي الاستجابات تؤكد بأن : « التدليل الزائد من أحد الوالدين للأبناء » يقف على قمة الاسباب الاجتماعية . ويلي ذلك « المشكلات المستمرة بين الأب والأم » (١٥٪) ، ثم يتماثل فى نسبة الاستجابة بعد ذلك سببان هما : « افتقاد القدوة الحسنة » ، « وعدم القدرة على شغل وقت الفراغ » وقد استحوذ كل منهما على نسبة ١٤٪ .

لعب متغيرا « التدليل الزائد » ١٦,٧٪ و « القسوة الشديدة » صورتان متطرفتان للتنشئة الاجتماعية (انظر جدول رقم ٣٦) .

جدول رقم (٣٦)
توزيع العينة وفق
رؤيتهم للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي

م	الاسباب الاجتماعية	التكرار	النسبة
١	مشكلات مستمرة بين الاب والام	٤٧	٪١٤,٦
٢	وفاة احد الوالدين او كليهما	٣٠	٪ ٩,٣
٣	القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية	٣٥	٪١٠,٨
٤	التدليل الزائد من احد الوالدين	٥٤	٪١٦,٧
٥	الابن الذكر الوحيد	١١	٪ ٣,٤
٦	افتقاد القدوة الحسنة	٤٤	٪١٣,٦
٧	عدم القدرة على شغل وقت الفراغ	٤٤	٪١٣,٦
٨	تغيب الاب	٣٩	٪١٢,١
٩	الاقامة مع زوجة الاب او زوج الام	١٨	٪ ٥,٦
١٠	اخرى	١	٪ ,٣
		٣٢٣	٪١٠٠



توزيع العينة وفق
رؤيتهم للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطى

١)	مشكلات مستمرة بين الاب والام	١٤,٦٪
٢)	وفاة احد الوالدين او كليهما	٩,٣٪
٣)	القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية	١٠,٨٪
٤)	التدليل الزائد من احد الوالدين	١٦,٧٪
٥)	الابن الذكر الوحيد	٣,٤٪
٦)	افتقاد القدوة الحسنة	١٣,٦٪
٧)	عدم القدرة على شغل وقت الفراغ	١٣,٦٪
٨)	تغيب الاب	١٢,١٪
٩)	الاقامة مع زوجة الاب او زوج الام	٥,٦٪
١٠)	اخرى	,٣٪

ورغم التفاوتات القائمة فى نسب الاستجابات لهذه الاسباب الاجتماعية الا ان الفوارق فيما بينها ليست شديدة الاتساع فإذا كانت أعلى النسب (التدليل الزائد) قد بلغت حوالى ١٧٪ فإن أدناها (الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم) قد بلغ حوالى ٦٪ وبينهما تتدرج الأسباب الثمانية الأخرى .

(٣) الأسباب الاقتصادية :

تشير البيانات الى أن « سهولة الحصول على المخدر » (وهو الذي تسيد الأسباب العامة من قبل) يلعب الدور الأكبر هنا ضمن الأسباب الاقتصادية (حوالى ٣٨٪) .

وبفارق بسيط ـ وفى اطار ذات العنصر ـ يبرز متغير « الغنى » كعامل دافع يؤدي بطبيعة الحال لسهولة الحصول على ثمن المخدر (٣٥٪) . أما الفقر الذى يؤدي الى المغامرة للحصول على المال لتدبير ثمن المخدر فقد مثل نسبة ليست هينة إذ بلغت جملة الاستجابات بشأنه حوالى (٢٦٪) (جدول رقم ٣٧) .

جدول رقم (٣٧)
توزيع العينة وفق
رؤيتهم للأسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي

م	الاسباب الاقتصادية	التكرار	النسبة
١	الفقر (والذي يؤدي الى المغامرة للحصول على المال)	٤١	٢٦,١٪
٢	الغنى	٥٥	٣٥,٠٪
٣	سهولة الحصول على ثمن المخدر	٦٠	٣٨,٢٪
٤	اخرى	١	,٦٪
		١٥٧	١٠٠٪

ومن الطبيعي أن تتكامل هذه الأسباب الاقتصادية مع الاجتماعية إذ أنها لا تصبح ذات معنى ان لم تجد البيئة الاجتماعية المشجعة لها والدافعة لنموها .

(٤) الأسباب التربوية (المدرسية) المؤدية للتعاطى :

هناك سببان رئيسيان ضمن الأسباب التربوية فيما يتصل بالمدرسة ويؤديان ـ من وجهة نظر أفراد العينة ـ للتعاطي وهما على الترتيب : « عدم الميل للدراسة » (٤٠٪) ، ويليه مباشرة ـ وبفارق نسبي ضئيل ـ (٣٧٪) « الفشل نتيجة التأخر الدراسي » .

أما عدم ملاءمة الجو المدرسي فقد جاء كسبب في المرتبة الثالثة ـ وذلك بعد فارق نسبي كبير ـ (١٦٪) . بينما لم تزد نسبة « صعوبة المقررات الدراسية » عن ٥٪ . (جدول رقم ٣٨) .

خامسا : مشكلات مترتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لعلاجها :

يمكن معالجة هذا الجانب فى ضوء عناصر أربعة رئيسية هي :

(١) نوعية المشكلات المترتبة على التعاطي :

تتنوع هذه المشكلات وتتعدد فمنها ماهو تربوي (مدرسي) ، ومنها ما هو اقتصادي يرتبط بالامكانية الاقتصادية الدافعة للتعاطي . وبعضها قانوني ـ أمني ، وجانب منها اجتماعي يتصل بالأوضاع الاجتماعية للأسرة .

فإذا تناولنا المشكلتين التربويتين المتصلتين بالتعاطي وهما : « التأخر الدراسى » ، و « الانقطاع عن الدراسة » فإننا نجد نسبتيهما معا تبلغ حوالي ٣٧٪ من جملة الاستجابات . أما المشكلات الاقتصادية فقد تبلورت في مشكلة واحدة هي : « انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي » وبلغت نسبة الاستجابة لهذا الجانب حوالى ١٤٪ .

بينما تمثل الجانب القانوني او الأمني ـ باعتباره مشكلة مترتبة على التعاطي فى « الضبط والتوقيف فى جريمة » وقد بلغت نسبة الاستجابة نحو هذا العنصر حوالي ١١٪ وفيما يتعلق بالمشكلات الاجتماعية المترتبة على التعاطي فقد برز عنصر يعد نسبيا أعلى العناصر ليس بالنسبة للمشكلات الاجتماعية فقط وإنما على مستوى نوعية المشكلات المثاره جميعا ذلك هو : الاساءة بسمعة العائلة (حوالى ٢٣٪) ، اما « التقليد بين الاخوة داخل الاسرة » فقد بلغت نسبة الاستجابة له حوالى (١٤٪) (جدول رقم ٣٩) .

جدول رقم (٣٩)
توزيع العينة وفقا
للمشكلات المترتبة على التعاطي

م	المشكلات المترتبة على التعاطي	التكرار	النسبة
١	التأخر الدراسي	٢٢	٪١٦,٧
٢	الانقطاع عن الدراسة	٢٧	٪٢٠,٥
٣	انفاق مزيد من المال لتمويل المتعاطي	١٨	٪١٣,٦
٤	الضبط والتوقيف في جريمة	١٥	٪١١,٤
٥	التقليد بين الاخوة داخل الاسرة	١٨	٪١٣,٦
٦	الاساءة بسمعة العائلة	٣٠	٪٢٢,٧
٧	أخرى	٢	٪ ١,٥
		١٣٢	٪١٠٠

وينبغى الالتفات الى أهمية مسألة « الاساءة بسمعة العائلة » ليس بوصفها فقط مشكلة مترتبة على التعاطي وإنما أيضا كعنصر أساسى يدخل في الاعتبار عند تقدير مسألة « الاعلان عن وجود المشكلة والاعتراف بها » فضلا عما يترتب على ذلك من التردد الواضح عند اعلان الرغبة فى العلاج . ويبدو أن تقليدية المجتمع والعلاقات القرابية شديدة الوثوق ـ في جانبها الشكلي على الاقل ـ للدرجة التي يصير معها الادمان « وصمة » لا تلحق بالمتعاطي وحده وإنما بجماعته القرابيه في عمومها .

(٢) النصيحة المسداه في حالة تعاطي ابن صديق أو قريب للمخدرات :

كانت النصيحة اللافتة للنظر التي يسديها المبحوث لصديق أو قريب يتعاطى ابنه المخدرات محددة في : « عرضه على الطبيب للعلاج » (٤٣٪) . ثم يلي ذلك ـ وبفارق كبير نسبيا ـ « توجيه النصيحة للابن بالكف عن التعاطي » (٣٠٪) .

وبعد ذلك أخذت النسب فيما يتعلق بالنصائح الاخرى في التضاؤل النسبي مثل : « السفر الى الخارج للعلاج » (حوالي ١٢٪) و« استشارة ادارة المدرسة » (حوالي ١٠) ثم استجابة تتحدد في « لا أدرى ماذا أفعل » ولم تزد نسبة من ذهبوا اليها عن (٤٪) (جدول رقم ٤٠) .

ومن المعلوم ان الاستجابات السابقة وغيرها التى تسعى الى التعرف على وجهة نظر المبحوث من خلال « نصيحته لغيره » لا تعكس بالضرورة موقف المبحوث نفسه من الظاهرة محل الدراسة . ومن ثم ينبغي أن تؤخذ هذه النتيجة بحذر بالغ وانها تمثل فقط رأى المبحوث في الموضوع تجاه غيره ولاتنطبق بالضرورة عليه اذا ما افترض وتعرض ابنه مثلا لذات المشكلة .

(٣) مدى اسهام المدرسة في علاج مشكلة التعاطي ، وماهيته :

تعول غالبية افراد العينة على المدرسة في علاج مشكلة التعاطي إذ تؤكد ذلك نسبة بلغت حوالي (٦٣٪) مقابل (٢٤٪) زعموا غير ذلك بينما كان هناك حوالى (١١٪) « لايدرون » إن كان للمدرسة دور أم لا . (جدول رقم ٤١) .

غير أن هذه النتيجة ينبغى ان تؤخذ بحذر بالغ* إذ أن الفشل أحيانا في علاج المشكلة ـ أية مشكلة ـ قد يدفع بالفرد الى القاء التبعة على غيره من الافراد أو المؤسسات . لكن ذلك لا يعني بحال من الاحوال انه ليس للمدرسة دور وإنما نقصد بذلك ان نقدر هذا الدور بحجمه الحقيقي وان يمارس فى حدود الادوار العديدة المختلفة المرتبطة بالظاهرة .

وفي حدود نسبة الذين أكدوا هذا الاسهام تفاوتت استجاباتهم من حيث ماهية (نوعية) هذا الاسهام . فبينما كانت الاستجابة الاكبر حوالي (١٨٪) تدعو الى « إبراز موقف الدين من المخدرات » ظهرت نسبة مماثلة تقريبا (١٧٪) تنشد « إقامة ندوات توعية » .

---

* وإذا كان الأمر كذلك وإذا كانت هناك نحو ٦٣٪ يلقون بالتبعة على المدرسة فكيف تفسر إذن احجام أولياء الأمور عن حضور مجالس الآباء أو حتى مجرد الاتصال بادارة المدرسة أو أعضاء هيئة التدريس فيها ؟ !

أما الاستجابات الأقل فقد كانت ممثلة في : « الاهتمام بالتحويل للعلاج الطبي أو النفسي » (١١٪) ثم « تأكيد دور الاخصائي الاجتماعي ورائد الاسرة والفصل فى حل المشكلة » (٧٪) . وبين هذا وذاك برزت مجموعة أخرى من الاستجابات كان اكثرها وضوحا زيادة فعالية اجتماعات مجالس الاباء (١٣٪) ، وزيادة فرص النشاط بالمدرسة (١٢٪) (جدول رقم ٤٢) .

ومن اللافت للنظر في النسب سالفة الذكر أن اعلاها لم يتناول الاسهام المباشر الذي يعول على المدرسة بصفةخاصة ومحددة ، وإنما جاءت الاشارة الى الاسهامات بطريقة عامة يمكن ان تمارسها المدرسة او غيرها من المؤسسات المجتمعية الاخرى ، وبخاصة ما يتصل منها بوسائل الاعلام (وذلك كالقول بضرورة ابراز موقف الدين ، واقامة الندوات للتوعية . . . الخ) .

ولعل ذلك يكشف اما عن عدم وضوح دور المدرسة في اذهان اولياء الامور ، أو تقلص هذا الدور وعدم فعاليته ، أو اخفاق المؤسسات الاخرى فى القيام بدورها المأمول .

(٤) مدى كفاية المدرسة لمواجهة المشكلة ، وأسباب عدم الكفاية :

أوضحت النسبة الغالبة ضمن العينة (٨١٪) ان المدرسة لا تمارس دورها في مواجهة المشكلة بكفاية مقابل (٩٪) أكدوا عكس ذلك في حين كانت هناك نسبة (٨٪) « لاتدري » ما اذا كانت كافية اولا . (جدول رقم ٤٣) .

وقد أبرزت النسبة الكبرى (٨١٪) ان السبب الرئيسى لعدم الكفاية يتحدد فى أن « التصدى للمشكلة يحتاج الى تعاون الاسرة والمدرسة معا » (٣٢٪) . ومما أكد هذه الاستجابة ودعمها أن وردت استجابة أخرى تالية لها مباشرة (٢٨٪) ذهبت الى أن « المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة » .

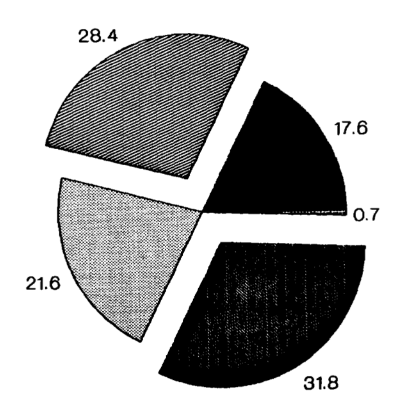
ثم حددت نسبة بلغت حوالي (٢٢٪) « مشكلة عدم الكفاية » بأن امكانات المدرسة المحدودة تقف عائقا امام ممارستها دورها بكفاية ، بينما حصرت نسبة ضئيلة نسبيا حوالي (١٧٪) المشكلة في حدود الاسرة وادعت بأنها تخصها وحدها ولا داعي لتدخل المدرسة (جدول رقم ٤٤) .

جدول رقم (٤٤)
توزيع العينة وفقا
لأسباب عدم كفاية دور المدرسة لمواجهة المشكلة

م	الأسباب	التكرار	النسبة
١	لأن هذه المشكلة تخص الاسرة اساسا	٢٦	٪١٧,٦
٢	لأن المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة	٤٢	٪٢٨,٤
٣	لأن امكانات المدرسة محدودة	٣٢	٪٢١,٦
٤	لأن التصدى لها يحتاج الى تعاون الاسرة والمدرسة	٤٧	٪٣١,٨
٥	اخرى	١	٪ ,٧
		١٤٨	٪١٠٠

وتكشف الاستجابات في جملتها عن وعي عينة الدراسة بالمشكلة وانها ليست قاصرة على مؤسسات او هيئة بعينها وانما ينبغي النظر اليها بشكل متكامل ومتعدد الأبعاد .

***



توزيع العينة وفقا
لأسباب عدم كفاية دور المدرسة لمواجهة المشكلة

١)	لأن هذه المشكلة تخص الاسرة اساسا	٪١٧,٦
٢)	لأن المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة	٪٢٨,٤
٣)	لأن امكانات المدرسة محدودة	٪٢١,٦
٤)	لأن التصدى لها يحتاج الى تعاون الاسرة والمدرسة	٪٣١,٨
٥)	اخرى	٪ ,٧

ثالثا : الاستبيان الخاص برواد الأسر والفصول والاخصائيين الاجتماعيين :

تضمنت هذه الاداة أيضا عناصر خمسة رئيسية تمثلت في :

- بيانات اساسية .
- تصور وجود المشكلة .
- ملامح التعاطي .
- أسباب التعاطي .
- مشكلات مترتبة على التعاطى ومحاولات التدخل لمواجهتها .

وسوف نتناول هذه العناصر فى شىء من التفصيل :

بلغ عدد الاداريين والاخصائيين ورواد الاسر والفصول والمدرسين الذين شملتهم عينة الدراسة ١٦٠ فردا . يمثلون المرحلة الثانوية (الثانوي العام والفني) والاعدادية ، وبلغت نسبة اولئك الذين يعملون فى قطاع المدارس الثانوية (ثانوي عام) ٤٥٪ ، في حين بلغت نسبة اولئك الذين ينتمون الى الثانوي الفني ٣٥,٦٪ (تجارى ، فني ، ومركز تدريب ، معهد ديني) ، اما ١٩,٤٪ الباقية من العينة من العاملين في قطاع المدارس الاعدادية .

وقد جاء هذا الاختيار وفقا لعينة الدراسة والتى سبق الاشارة اليها في مقدمة هذا البحث حيث رؤي اختيار ٥٠٪ من مدارس الدوحة الثانوية والاعدادية والتى بلغت ٢٢ مدرسة للذكور على مستوى مدينة الدوحة .

وقد تفاوتت نسبة رواد الاسر والفصول او غيرهم من المدرسين أو الاداريين او الاخصائيين بين هذه المدارس حيث جاءت نسبة مدرسة الدوحة الثانوية في مقدمة هذه النسب لتشكل ١٩,٤٪ من العينة ، يلي ذلك مركز التدريب المهنى اذ بلغت نسبة الذين شاركوا فى هذا البحث ١٣,١٪ ، ثم جاءت مدرسة الاستقلال الثانوية ليشكل افرادها ١٠,٦٪ من عينة الدراسة وإن تساوت مع المعهد الديني (١٠,٦٪) ثم تأتى مدرسة خليفة الثانوية لتمثل ٩,٤٪ من العينة ، ثم مدرسة ابو ايوب الانصاري الاعدادية ٧,٥٪ وتتساوى بعد ذلك نسبة مدارس : ابن تيمية الثانوية والتجارية الثانوية والفنية الثانوية واليرموك الاعدادية ومشيرب الاعدادية ليمثل كل منها ٥,٦٪ من العينة فى كل مدرسة على حده .

أولا : بيانات اساسية :

١) السن :

والجدير بالذكر ان ٥٠٪ من عينة الدراسة تجاوزت اربعين عاما ، وترجع اهمية هذه النسبة لاحتمالية وجود ابناء لديهم فى سن الطفولة المتأخرة او المراهقة كما سوف نرى فضلا عن نسبة اخرى متضمنة في الفئة العمرية من ٣٠ ـ ٤٠ عاما وهؤلاء يشكلون ٤١,٩٪ (انظر جدول رقم ٢) خاصة اولئك الذين تزوجوا فى سن مبكرة ، ومن ثم احتمالية ازدياد وعيها نسبيا بمشكلة الادمان .

٢) الجنسية :

اما توزيع عينة الدراسة وفقا للجنسية فقد جاء (الأردنيون والفلسطينيون) ليشكلوا ٣٥,٧٪ من العينة (سواء من رواد الاسر او الفصول او غيرهم من المدرسين والاخصائيين) ، يلي ذلك المصريون ليشكلوا ٣٣,٣٪ من العينة ثم القطريون ويشكلون ١٥٪ من العينة ، في حين تتضاءل نسبة السودانيون لتصل الى ٢,٥٪ ثم اللبنانيين ٠,٦ (انظر جدول ٣) . ومما تجدر الاشارة اليه ان هناك ١٣,١٪ من رواد الأسر والفصول والمدرسين . . . الخ اغفلوا تحديد جنسياتهم نظرا لحساسية الموضوع وترددهم الواضح فى معالجة مثل هذه القضايا .

وكما سبق القول فإن ٥,٦٪ من العينة اغفلت الاشارة الى السن هروبا من اثبات الهوية ، في حين بلغت نسبة المدرسين ٧٥,٦٪ من العينة ، ثم الاداريين (مديرو المدارس والوكلاء) ٦,٩٪ فالاعمال المكتبية ٥,٦٪ وتتضاءل نسبة الاخصائيين لتصل الى ٣,٧٪ . (انظر جدول رقم ٤) .

٣) الدين :

اغفلت ٣,١٪ ذكر ديانتهم هروبا من اثبات الهوية ، وبلغت نسبة المسلمين ٩٥,٦٪ في حين تضاءلت نسبة المسيحيين لتصل الى ١,٢٪ (جدول رقم ٥) .

٤) المؤهل :

أغفل ٦٦,٩٪ من العينة (١٠٧ حالة) ذكر المؤهل الجامعي هروبا من اثبات الهوية فى حين أشارت ٣٢,٥٪ الى الدرجة الجامعية الاولى (ليسانس ، بكالوريوس) ٠,٦٪ الى الدرجة الجامعية الثانية . (جدول رقم ٦) .

٥) عدد سنوات الخدمة :

٢ ,١٦٪ اغفلوا الاشارة الى عدد سنوات الخدمة ، وتشكل نسبة اولئك الذين مضى على وجودهم عامان ٤ ,١٩٪ وهي أعلى النسب جميعا ، ٢ ,١١٪ عام واحد ، ٧ ,٨٪ ثلاث سنوات ، ٤ ,٤٪ اربع سنوات ، ٧ ,٨٪ خمس سنوات ، ٤ ,٤٪ ست سنوات ، ٣ ,٦٪ سبع سنوات ، . . . . . ثم تتضاءل نسبة اولئك الذين تجاوزوا ١٠ سنوات . . . وأيا كان الأمر فان الغالبية أى نحو ٧٢٪ قد مضى على وجودهم بالمدرسة اكثر من عام دراسي وهذا يعنى أن لديهم القدرة على اكتشاف حالات التعاطي أو أن لديهم القدرة على تصور وجود المشكلة أو مدى انتشاريتها . (انظر جدول ٧) .

٦) الحالة الزواجية :

تشكل نسبة المتزوجين عموما ١ ,٩٣٪ من العينة ، في حين بلغت نسبة المتزوجين ولديهم أبناء ٤ ,٨٩٪ . (انظر جدول رقم ٨) .

٧) عدد الابناء :

١٥٪ من عينة الدراسة اغفلت الاشارة الى عدد الابناء هروبا من اثبات الهوية وأيا كان الامر فان نسبة اولئك الذين لديهم ابناء ٨٥٪ من العينة ، في حين بلغت نسبة اولئك الذين لديهم ثلاثة ابناء ٢٠٪ ، يلي ذلك ابنان ٦ ,١٥٪ ثم نسبة مماثلة لأولئك الذين لديهم خمسة ابناء ، أما نسبة اولئك الذين لديهم أربعة ابناء فتبلغ ٤ ,١٤٪ ، ستة ابناء ٤ ,٩٪ ثم يأتي اولئك الذين لديهم ابن واحد لتصل الى ٤ ,٤٪ ، ثم تتضاءل نسبة من لديهما كثر من ستة لتصل الى ٥ ,٢٪ ولمن لديهم سبعة ابناء ٢ ,١٪ ، ونسبة مماثلة لمن لديهم تسعة وتتضاءل لتصل الى ٦ ,٠٪ لمن لديهم عشرة ابناء (حالة واحدة) (انظر جدول رقم ٩) .

أما عن نوعية الابناء فتشير الملاحظة الاحصائية الى ارتفاع نسبة الذكور عن الاناث بالنسبة للابن الاول ٥ ,٤٧٪ ذكور و ٤ ,٣٩٪ اناث ، وبالنسبة للأبن الثاني ٢ ,٤٦٪ ذكور و ٩ ,٣٦٪ اناث ، وبالنسبة للابن الثالث ٦ ,٣٥٪ ذكور و٦ ,٣٠ اناث ، وبالنسبة للابن الرابع ٢٥٪ ذكور و ٩ ,٢١٪ اناث . ثم تنخفض نسبة الذكور عن الاناث بالنسبة للابن الخامس لتصل نسبة الذكور الى ٧ ,١٣٪ في حين ترتفع نسبة الاناث الى ١ ,١٨٪ وبالمثل بالنسبة للابن السادس حيث تصل نسبة الاناث الى ١٠٪

بينما تنخفض بالنسبة للذكور الى ٦,٣٪ (انظر جداول ١٠ ، ١٢ ، ١٤ ، ١٦ ، ١٨ ، ٢٠) .

وترجع اهمية القاء الضوء على اعمار الابناء الى معرفة نسبة اولئك الذين لديهم ابناء وصلوا الى سن المراهقة المبكرة ١٣ سنة فأكثر ، فلا شك ان هؤلاء لديهم المزيد من الوعي والاحساس بمشكلة التعاطي والادمان ، وبالنسبة للابن الاول فقد بلغت نسبة اولئك الذين لديهم ابناء في سن الثالثة عشرة فأكثر ٢٦,٩٪ من عينة الدراسة . أما بالنسبة للابن الثاني فقد بلغت نسبة اولئك الذين تجاوز ابنهم الثاني الثالثة عشرة ٢١٪ والابن الثالث ١٣,٦٪ والرابع ٤,٢٪ والخامس ٣,٦٪ فى حين تصل نسبة هؤلاء بالنسبة للسادس ١,٨٪ (انظر جداول ارقام ١١ ، ١٢ ، ١٥ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢١) .

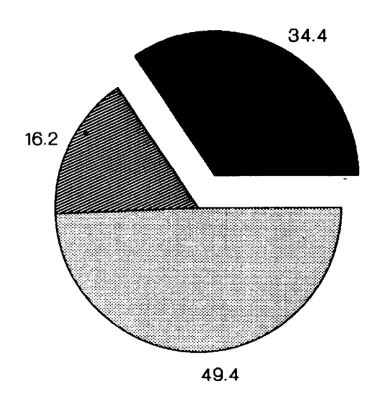
ثانيا : تصور وجود مشكلة التعاطي ، كيفية اكتشافها ومدى انتشارها :

اشارت ٣٤,٤٪ من العينة الى وجود طلاب بالمدرسة يتعاطون المخدرات فى حين انكر ١٦,٢٪ وجود طلاب يتعاطون المخدر بينما ذهب نسبة ٤٩,٤٪ الى انهم لايدرون اذا كان هناك طلاب يتعاطون المخدرات ام لا وتلك نسبة مرتفعة اذ تشكل نصف العينة تقريبا (٧٩ فردا) ، واذا كان ٧٢٪ من رواد الاسر والفصول والاخصائيين الاجتماعيين والاداريين قد مضى على وجودهم اكثر من عام دراسى (انظر جدول رقم ٧) ادركنا مبررات مثل هذه الاستجابات السلبية « المتمثلة في لا أدري » (انظر جدول رقم ٢٢) .

جدول رقم (٢٢)

توزيع العينة وفق ادراكهم لوجود طلاب يتعاطون المخدرات

م	تعاطي المخدرات	التكرار	النسبة
١	نعم	٥٥	٣٤,٤٪
٢	لا	٢٦	١٦,٢٪
٣	لا أدرى	٧٩	٤٩,٤٪
		١٦٠	١٠٠٪



توزيع العينة وفق ادراكهم لوجود طلاب يتعاطون المخدرات

١)	نعم	٣٤,٤٪
٢)	لا	١٦,٢٪
٣)	لا أدري	٤٩,٤٪

اما عن كيفية اكتشاف ان هناك طلاب يتعاطون المخدرات بالمدرسة ، فقد أشار اولئك الذين ادركوا ابعاد المشكلة ويشكلون ٣٤,٤٪ من العاملين بها الى ان معرفتهم جاءت اما من حديثهم مع الطلاب اتفاقا او مصادفة ٣٦,٣٪ او من الاستماع الى شكوى البعض منهم من هؤلاء المدمنين ٥,٤٪ اى ان مصدر معلوماتهم الطلاب انفسهم (٤١,٧٪) ، يلي ذلك اولئك الذين اكتشفوا ان هناك من يتعاطى المخدرات من رؤيتهم الشخصية المباشرة وهؤلاء يشكلون

٢٩٪ من المدركين لابعاد المشكلة ، في حين تذهب نسبة ١٢,٧٪ الى ان اكتشافهم لحالات التعاطي مرده الى مجرد سماعهم من زملائهم اعضاء هيئة التدريس او العاملين بالمدرسة ، بينما تذهب ٥,٤٪ الى ان معرفتهم مردها الى اولياء الامور انفسهم ، في حين تذهب نسبة دون ذلك ٣,٦٪ الى ان اكتشافهم للطلبة المتعاطين جاء نتيجة احاديثهم مع العمال والفراشين بالمدرسة ، بينما ذهبت نسبة مماثلة ٣,٦٪ الى ان ادراكهم لذلك جاء من خلال اختلاطهم بالطلاب خارج اسوار المدرسة (انظر جدول رقم ٢٣) .

جدول رقم (٢٣)
توزيع العينة وفقا لكيفية اكتشاف الادمان

م	كيفية الاكتشاف للتعاطي	التكرار	النسبة
١	من الرؤية المباشرة	١٦	٢٩,٪
٢	من حديثي مع بعض الطلاب	٢٠	٣٦,٣٪
٣	من شكوى بعض الطلاب	٣	٥,٤ ٪
٤	من زملائهم	٧	١٢,٧٪
٥	من اولياء الامور	٣	٥,٤ ٪
٦	من الفراشين بالمدرسة	٢	٣,٦ ٪
٧	من خلال اختلاطي مع الطلاب خارج المدرسة	٢	٣,٦ ٪
٨	اخرى	٢	٣,٦ ٪
		٥٥	١٠٠٪

الاعتقاد بمدى انتشارية الظاهرة :

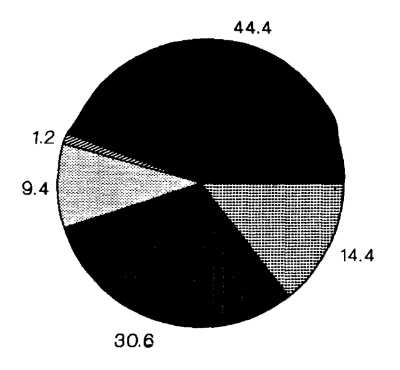
وعن التساؤل هل تعتقد انها ظاهرة منتشرة بمدرستك ؟

كشفت الملاحظة الاحصائية عن ان ٤٤,٤٪ من العينة لم توضح رأيها بصدد هذا التساؤل والذى يدور حول الاعتقاد بانتشار ظاهرة التعاطي في المدرسة ، في حين افاد ٢,١٪ عن انتشار

الظاهرة بكثرة و ٩,٤٪ من انتشارها الى حد ما ، وان ذهبت ٣٠,٦٪ الى انها قليلة الانتشار ، اى ان هناك نحو ٤١,٢٪ من العينة ترى ان ظاهرة التعاطي بالمدرسة واردة بطريقة او اخرى ، في حين تذهب نسبة ١٤,٤٪ الى الزعم بأنها لاتدرى اذا كانت الظاهرة منتشرة ام لا . (جدول رقم ٢٤) .

جدول رقم (٢٤)
توزيع العينة وفق الاعتقاد
بانتشار ظاهرة التعاطي في المدرسة

م	انتشار التعاطي	التكرار	النسبة
١	غير مبين	٧١	٤٤,٤٪
٢	منتشرة بكثرة	٢	١,٢٪
٣	منتشرة الى حد ما	١٥	٩,٤٪
٤	قليلة الانتشار	٤٩	٣٠,٦٪
٥	لا أدري	٢٣	١٤,٤٪
		١٦٠	١٠٠٪



توزيع العينة وفق الاعتقاد
بانتشار ظاهرة التعاطي في المدرسة

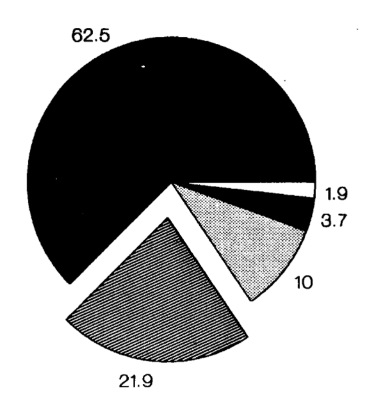
١	غير مبين	٤٤,٤٪
٢	منتشرة بكثرة	١,٢ ٪
٣	منتشرة الى حد ما	٩,٤ ٪
٤	قليلة الانتشار	٣٠,٦٪
٥	لا أدري	١٤,٤٪

أما عن توزيع العينة وفق تقديرهم التقريبي لعدد الحالات الموجودة بالمدرسة ، فقد جاءت استجاباتهم لتلقى المزيد من الضوء على ادراكهم لمدى انتشارية الظاهرة :

أولا : لقد آثرت نسبة ٦٢,٥٪ (١٠٠ حالة) من الاداريين ورواد الفصول والاخصائين الابتعاد عن الاجابة على هذا التساؤل ، ومرد ذلك كما سبق أن أشرنا الى الخوف من الخوض في مثل هذه الموضوعات فضلا عن ان السؤال يستهدف التقدير الشخصي لعدد الحالات (جدول رقم ٢٥) .

جدول رقم (٢٥)
توزيع العينة وفق تقديرهم التقريبي
لعدد الحالات الموجودة بالمدرسة

م	التقدير التقريبي	التكرار	النسبة
١	غير مبين	١٠٠	٦٢,٥٪
٢	أقل من ٥ حالات	٣٥	٢١,٩٪
٣	من ٦ الى ١٠ حالات	١٦	١٠٪
٤	من ١١ الى ١٥ حالة	٦	٣,٧ ٪
٥	من ١٦ الى ٢٠ حالة	—	—
٦	اكثر من ٢٠ حالة	٣	١,٩ ٪
		١٦٠	١٠٠٪



توزيع العينة وفق تقديرهم التقريبي
لعدد الحالات الموجودة بالمدرسة

١	غير مبيـــن	٦٢,٥٪
٢	أقل من ٥ حـــالات	٢١,٩٪
٣	من ٦ الـى ١٠ حـالات	١٠٪
٤	من ١١ الـى ٢٠ حـالة	٣,٧٪
٥	من ١٦ الـى ٢٠ حـالة	—
٦	أكثر من ٢٠ حـــالة	١,٩٪

ثانيـــا : جاء تقديرهم لعدد حالات التعاطي على النحو التالي :

(أ) أشار ٢١,٩٪ من العينة الى أن عدد المتعاطين بالمدرسة لا يزيدون عن خمس حالات .

(ب) ذهبت نسبة ١٠٪ إلى أن عدد المتعاطين يتراوح بين ٦ ، ١٠ حالات .

(جـ) تتضاءل نسبة أولئك الذين يرون أن عدد المتعاطين يتأرجح بين ١١ و ١٥ حالة لتصل الى ٣,٧٪ .

(د) تنعدم نسبة أولئك الذين يرون أن عدد المتعاطين يتراوح بين ١٦ ، ٢٠ حالة .

(هـ) ذهبت نسبة ١,٩٪ إلى أن عدد المتعاطين يتجاوز العشرين حالـة .

وعندما أثير التساؤل المرتبط بكيفية التوصل إلى هذه التقديرات (جدول رقم ٢٦) نجد أن ٧٢ فردا يشكلون ٤٥٪ من رواد الأسر والفصول والاخصائيين والاداريين .. كانت لهم استجاباتهم ، وينبغي أن ندرك أن أولئك الذين قدموا تقديراتهم لعدد المتعاطين يشكلون ٣٧,٥٪ ، وليس ثمة تفسير لذلك سوى أن الاستطراد في التساؤل جعل بعض المبحوثين يتناسون استجاباتهم السابقة من هنا جاء عدم الاتساق المنطقي في الاجابة على هذا التساؤل ، وأيا كان الأمر فإن استجاباتهم جاءت على النحو التالـي :

(١) أفادت ٦١٪ من العينة أن تقديرها مرتبط بملاحظاتها الشخصية .

(٢) هناك فئة أخرى تشكل ٦,٩٪ بأن تقديرها مرده رؤيتهم الذاتية والمباشرة للمتعاطين .

(٣) ذهبت نسبة ١٢,٩٪ الى أن تقديرها يرجع الى المدمنين أنفسهم .

(٤) في حين ذهبت نسبة مماثلة ١٣,٩٪ الى أنها توصلت الى هذه التقديرات من خلال مناقشة مشكلات أخرى مع الطلاب .

وعلى الرغم من أن نسبة أولئك الذين قالوا بانتشار الظاهرة يشكلون ٤١,٢٪ (٦٦ حالة انظر جدول رقم ٢٤) نجد أن نحو ٥٤٪ (٨٧ حالة) يدفعون بأن الظاهرة غير منتشرة ويبررون ذلك بأن اعداد المتعاطين قليلة وهؤلاء يشكلون ٢٧,٦٪ من القائلين بعدم انتشار الظاهرة في حين يذهب نسبة ٣٩,١٪ الى أن انتشارها لم يرد في مناقشة مشاكل الطلاب ، بينما تذهب نسبة ٢٧,٦٪ الى عدم اكتشافها أثناء مناقشة موضوعات أخرى .. الـخ .

ثالثا : ملامح التعاطي الجسمية والنفسية والاجتماعية :

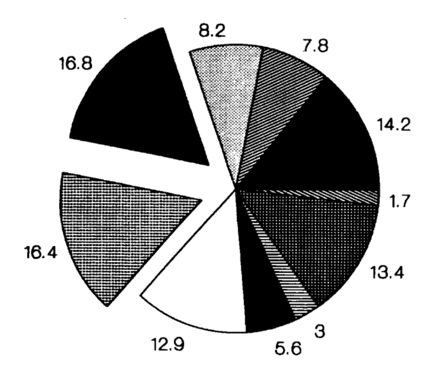
أما عن التساؤل المرتبط بملامح المتعاطي الجسمية فقد ذهب ٣٨,٧٪ من العينة الى القول بوجود هذه الملامح في حين ذهب ٥٦,٩٪ الى القطع . بعدم وجود ملامح فيزيقية تميز المتعاطين ، وأغفلت نسبة ٤,٤٪ الاجابة . (انظر جدول رقم ٢٨) .

أما عن ماهية الخصائص أو الملامح الجسمية التي تميز المتعاطي ، فقد ذهب ١٦,٨٪ من العينة المدركة لمثل هذه الملامح الى أن الضعف والخمول من أهم السمات التي تميزه يلي ذلك عدم

الاتزان الحركي ١٦,٤٪ فاحتقان العينين ١٤,٢٪ ، في حين ذهب آخرون ١٣,٤٪ الى القول بأن للمدمن طريقة مميزة في المشي ، وبلغت نسبة القائلين بشحوب الوجه ١٢,٩٪ ، ارتعاش الأطراف وخاصة اليدين ٨,٢٪ ، في حين يرى ٧,٨٪ ان أهم ما يميز المتعاطين زيغ البصر ، أي أن أولئك الذين يرون أن شكل العين وحركتها (الاحتقان ، زيغ البصر) تعتبر من أهم السمات الفيزيقية التي تميز المتعاطي يشكلون ٢٢٪ ، وان ذهبت . نسبة ٥,٦٪ الى القول بالنحافة المفرطة في حين ذهبت نسبة ٣٪ الى القول بعصبية المتعاطي . (انظر جدول رقم ٢٩) .

جـدول رقم (٢٩)
توزيع العينة وفق ماهية
الخصائص الجسمية التي تميز المتعاطي

م	الخصـائـص	التكرار	النسبة
١	احتقان العينين	٣٣	١٤,٢٪
٢	زيغ البصر	١٨	٧,٨٪
٣	إرتعاش الأطراف وبخاصة اليدين	١٩	٨,٢٪
٤	الضعف والخمول	٣٩	١٦,٨٪
٥	عدم الاتزان الحركي	٣٨	١٦,٤٪
٦	شحوب الوجه	٣٠	١٢,٩٪
٧	النحافة الشديدة	١٣	٥,٦٪
٨	العصبية	٧	٣٪
٩	طريقة المشي	٣١	١٣,٤٪
١٠	أخرى تذكر	٤	١,٧٪
		٢٣٢	١٠٠٪



توزيع العينة وفق ماهية
الخصائص الجسمية التي تميز المتعاطي

١	احتقان العينين	٪١٤,٢
٢	زيغ البصـــر	٪ ٧,٨
٣	ارتعاش الأطراف و (بخاصة اليدين)	٪ ٨,٢
٤	الضعف والخمـــول	٪١٦,٨
٥	عدم الاتـــزان الحركـــي	٪١٦,٤
٦	شــحوب الوجـــه	٪١٢,٩
٧	النحافـة الشـديدة	٪ ٥,٦
٨	العصبيـــة	٪٣
٩	طريقة المشـــي	٪١٣,٤
١٠	أخرى تذكـــر	٪ ١,٧

واذا كانت هناك ٣٨,٧٪ من العينة تقطع بوجود خصائص جسمية تميز المتعاطين ، فإن هناك نسبة مماثلة تقريبا (٣٧,٥٪) ترى أن ثمة خصائص نفسية تميز المتعاطين أيضا في حين أنكر ٥٩,٤٪ وجود مثل هذه الخصائص التي تميز المتعاطين على الاطلاق . (انظر جدول رقم ٣٠) .

أما عن ما هية هذه الخصائص النفسية فقد جاءت على النحو التالـي :

(أ) اللامبالاة والسلبية وهؤلاء يشكلون ١٩,٥٪ .
(ب) تقلب الأحوال المزاجيـة ويشكلون ١٢,٤٪ .
(جـ) الانطواء والعزلة ١٠,٥٪ .
(د) الاكتئاب ٩,٥٪، ونسبة أخرى مماثلة ذهبت الى أن ضعف الارادة أو الهمة تمثل أهم الملامح النفسية للمتعاطي .
(هـ) ســرعة الاجهـاد ٨,٦٪ .
(و) العصبيـــة ٨,١٪ .
(ز) الخـــوف ٦,٢٪ .
(جـ) الميل للتدمير ٣,٨٪ .
(ط) هروبـي ٣,٣٪ .
(ك) التردد في الســلوك ٢,٩٪ .
(ل) التهور والاندفاع ٤,٣٪ . . (انظر الجدول رقم ٣١) .

جـدول رقم (٣١)
توزيع العينة وفق ماهيـة
الخصائص النفسية للمتعاطـي

م	الخصائص النفسية	التكرار	النسبة
١	الانطواء والعزلـة	٢٢	٪١٠,٥
٢	الاكتئاب	٢٠	٪ ٩,٥
٣	اللامبالاة والسلبية	٤١	٪١٩,٥
٤	تقلب المزاج	٢٦	٪١٢,٤
٥	التدمير	٨	٪ ٣,٨
٦	ضعف الادارة	٢٠	٪ ٩,٥
٧	سرعة الاجهاد الذهني	١٨	٪ ٨,٦
٨	الخـوف	١٣	٪ ٦,٢
٩	هروبـي	٧	٪ ٣,٣
١٠	عصـبي	١٧	٪ ٨,١
١١	متردد	٦	٪ ٢,٩
١٢	متهور	٩	٪ ٤,٣
١٣	أخـرى	٣	٪ ١,٤
		٢١٠	٪١٠٠

أما عن التساؤل المرتبط بوجود خصائص اجتماعية تميز المتعاطي فقد أفادت الملاحظة الاحصائية عن أن نسبة القائلين بوجود هذه الخصائص تشكل ١, ٣٣٪ في حين انكر ٦, ٦٥٪ وجود مثل هذه الخصائص ، (انظر جدول رقم ٣٢) ، أما عن ماهية هذه الخصائص الاجتماعية فقد أفادت المادة المعطاه عما يلـي :

٢٤٪ يرون أن الخروج عن النظام المدرسي سمة تميز سلوك المتعاطين ، في حين تذهب ١٦,٨٪ الى أن أهم ما يميزهم عدم مشاركتهم الأنشطة الطلابية بينما يذهب ١١,٤٪ الى القول بأن العزلة والانطواء أو عدم الاندماج بصفة عامة ، وترى ١٠,٢٪ بأن الكذب يمثل أهم الخصائص التي تميزهم بينما ذهب آخرون ٨,٤٪ الى أن علاقاتهم بزملائهم ضعيفة الى حد بعيد ، وتذهب ٦,٦٪ الى ضعف علاقاتهم مع المدرسين ، في حين ترى ٥,٤٪ ان اهم ما يميزهم العدوان أو الاعتداء دوما على الآخرين ، وتذهب ٣,٦٪ من العينة الى أن السرقة تمثل أهم الخصائص التي تميز المتعاطين لتدبير نفقات المخدر . (انظر جدول رقم ٣٣) .

أما عن التساؤل المرتبط بوجود خصائص مميزة لطبيعة العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة فقد أفادت ٤٣,٨٪ بوجود مثل هذه الخصائص (وهذه تشكل أعلى نسبة اذا ما قورنت بأولئك الذين أقروا بوجود خصائص جسمية ٣٨,٧٪ ، أو خصائص نفسية ٣٧,٥٪ ، أو خصائص اجتماعية ٣٣,١٪ تميز المتعاطين) في حين أنكر ٥٣,١٪ وجود مثل هذه الخصائص المميزة لطبيعة العلاقات الاجتماعية في الأسرة .

أما عن ماهية السلوكيات التي تتأثر بها طبيعة العلاقات الاجتماعية للمتعاطي في الاسرة ، فقد كان ابرزها السهر خارج البيت ٣١,٤٪ ثم اللامبالاة وعدم الاكتراث ١٩,٣٪ ، في حين أشار آخرون الى الغياب المستمر خارج البيت ١٤,٧٪ (أي أن هناك نسبة تصل الى ٣٦,١٪ ترى أن السهر والغياب المستمر يعتبر من اهم سلوكيات المتعاطين) ، ثم يأتي التمرد على السلطة الوالدية وهؤلاء يشكلون ١٥,٢٪ ثم العزلة والانطواء ٩,٢٪ ثم العناد ٨,٨٪ فالميل للعنف والتخريب ٦,٣٪ (انظر جدول رقم ٣٥) .

وعلى الرغم من هذا التنوع في السمات السلوكية التي تميز طبيعة العلاقات الاجتماعية بين المدمن وذويه فإن ثمة ارتباطا واضحا اذ يترتب على السلوك الادماني التغيب لفترات طويلة والسهر خارج البيت ، الأمر الذي يؤدي الى ردود فعل لدى الوالدين يتمثل في رفض هذا السلوك من جانبهما ، وقد ينتهي الأمر بالتمرد على السلطة الوالدية والعناد والميل الى العنف والتخريب أو وجود نوع من اللامبالاة وعدم الاكتراث والميل للعزلة والانطواء .

أما عن مصدر معلومات المبحوثين عن تلك الخصائص الجسمية او السمات النفسية والاجتماعية التي تميز المتعاطين ، فقد أشارت ٢٥,٤٪ من العينة الى أن المصدر الرئيسي يتمثل في وسائل الاعلام ، وإن ذهبت نسبة مماثلة ٢٥,٤٪ الى أن مصدر معلوماتهم مرده الى زملائهم من أعضاء هيئة التدريس ورواد الأسر والفصول ، في حين ذهبت فئة ثالثة مماثلة تقريبا

٢٤,٣٪ الى ان مصدر المعلومات مرده الى ملاحظاتهم الذاتية ، أما نسبة أولئك الذين ذهبوا الى أن مصدر معلوماتهم أسرة المدمن (أولياء الأمور) لاتتجاوز ٨,٨٪* ، في حين ذهب آخرون الى القول بأن تجربتهم الذاتية مع الطلاب هي مصدر معلوماتهم تلك وهؤلاء لا يتجاوزون ٧,٧٪ ، بيد أن هناك فئة أخرى تمثل ٤,٤٪ من عينة الدراسة ترى أن مصدر معلوماتهم زملاء الطلبة الذين يتعاطون المخدرات . (انظر جدول رقم ٣٦) .

الملامح السلوكية للمتعاطين في المدرسة :

أفادت الملاحظة الاحصائية أن ٣٦,٩٪ من العينة ترى وجود ملامح سلوكية تميز المتعاطين داخل المدرسة في حين أنكر ٦١,٢٪ وجود مثل هذه الملامح السلوكية (جدول رقم ٣٧) ، أما عن ماهية هذه الملامح فقد جاء عدم الانتظام في حضور الحصص المدرسية ١٤,٦٪ في مقدمة هذه الملامح السلوكية ، وزيادة معدلات الغياب ١٣,٨٪ ثم الهروب اثناء الدوام المدرسي ١١,٢٪ ، وفي الحقيقة ان هذه الملامح الثلاث والتي تشكل ٣٩,٦٪ من عينة الدراسة ترى ان أهم ما يميز سلوك المتعاطين داخل المدسة عزوفهم عن التعليم أو عدم حماسهم للتحصيل الدراسي والذي انعكس بدوره في هروبه اثناء الدوام أو تركه لبعض المقررات المدرسية او غيابه بين الحين والآخـــر .

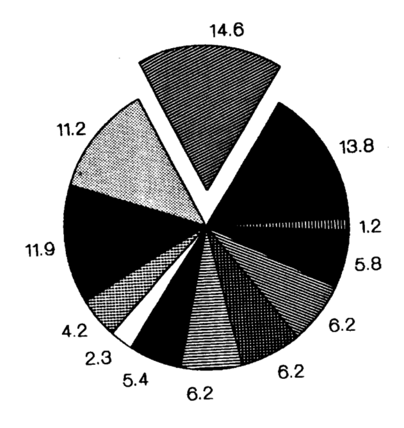
وذهبت نسبة ١١,٩٪ الى أن أهم ما يميز المتعاطين تعدد مرات رسوبهم ، في حين ذهبت نسبة مماثلة تقريبا ١١,٢٪ الى انخفاض معدلات تقديراتهم وطبيعي أن يكون الرسوب أو انخفاض معدلات التقدير نتيجة لعدم الاقبال على العملية التعليمية أو الهروب منها . في حين ذهبت نسبة أخرى تشكل ٦,٢٪ الى أن اهم مايميز هؤلاء المتعاطين عدم احترامهم لهيئة التدريس ، ونسبة مماثلة الى أن أهم سماتهم الاهمال في كل شيء ، ويرى آخرون ٦,٢٪ أن السلبية المطلقة من اهم ملامح المتعاطين السلوكية ، وذهبت نسبة أخرى ٥,٤٪ الى عدم اطاعتهم للسلطة المدرسية أيا كانت ، ثم يأتي بعد ذلك أولئك الذين يقولون بأن أهم ما يميز المتعاطين محاولتهم المتكررة للغش ٤,٢٪ او التزوير في درجات الشهادات ٢,٣٪ (انظر جدول رقم ٣٨) .

---

* وهذا يؤكد مرة أخرى محدودية العلاقة بين الأسرة والمدرسة

جـــدول رقــم (٣٨)
توزيع العينة وفق ما هيــة
الملامح السلوكية التي تميز المتعاطي في المدرســـــة

م	الملامح السلوكية المميزة	التكرار	النسبة
١	زيادة معدلات الغياب عن المدرسة	٣٦	٪١٣,٨
٢	عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية	٣٨	٪١٤,٦
٣	انخفاض معدل تقديرات المتعاطي	٢٩	٪١١,٢
٤	الهروب اثناء الدوام المدرسي	٢٩	٪١١,٢
٥	تعدد مرات الرســـوب	٣١	٪١١,٩
٦	تكـــرار الغــش	١١	٪ ٤,٢
٧	التزوير في درجات الشهادات	٦	٪ ٢,٣
٨	عدم اطاعة السلطة المدرسية	١٤	٪ ٥,٤
٩	عدم احترام هيئة التدريس	١٦	٪ ٦,٢
١٠	الاهمال في كل شـــيء	١٦	٪ ٦,٢
١١	السلبية المطلقة	١٦	٪ ٦,٢
١٢	لا يهمه الرســـوب	١٥	٪ ٥,٨
١٣	أخـــرى	٣	٪ ١,٢
		٢٦٠	٪١٠٠



توزيع العينة وفق ماهية

الملامح السلوكية التي تميز المتعاطي في المدرســـــة

١	زيادة معدلات الغياب في المدرسة .	٪١٣,٨
٢	عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية	٪١٤,٦
٣	انخفاض معدل تقديرات المتعاطي	٪١١,٢
٤	الهروب أثناء الدوام المدرسي	٪١١,٢
٥	تعدد مرات الرسوب	٪١١,٩
٦	تكـــرار الغش	٪ ٤,٢
٧	التزوير في درجات الشهادات	٪ ٢,٣
٨	عدم اطاعة السلطة المدرسية	٪ ٥,٤
٩	عدم احترام هيئة التدريس	٪ ٦,٢
١٠	الاهمال في كل شــيء	٪ ٦,٢
١١	السلبية المطلقة	٪ ٦,٢
١٢	لا يهمه الرســوب	٪ ٥,٨
١٣	أخــرى	٪ ١,٢

رابعا : أسباب التعاطي : الدوافع العامة والتربوية والأسرية :

أفادت الملاحظة الاحصائية فيما يتعلق بالدوافع العامة للتعاطي أن ١٩,٧٪ من العينة ترى أن الصحبة وراء تعاطي المخدرات ، في حين ذهبت نسبة أخرى تشكل ١٦,٩٪ الى أن الدافع للتعاطي يكمن في الرغبة في التجريب ، بينما يذهب فريق ثالث ١٤,٧٪ الى أن التعاطي مرده الى السفر الى بلاد تنتشر فيها المخدرات ، ويرى آخرون ١١,٦٪ أن السعة المادية من أهم أسباب التعاطي ، في حين تذهب نسبة متقاربة ١١,٣٪ الى أن سهولة الحصول على المخدر تعتبر من أهم الدوافع للتعاطي ، بينما يذهب فريق آخر الى أن وسائل الاعلام وبخاصة التلفزيون والفيديو وراء تعاطي المخدرات ١٠,٩٪ في حين تذهب فئة أخرى ٧,٢٪ الى أن ذلك مرده لتأثير الخدم الأجانب . أي أن ٣٢,٨٪ من العينة ترى أن هناك تأثيرا واضحا للجماعات العرقية أو أن المخدرات جاءت نتيجة للغزو الثقافي . (انظر جدول رقم ٣٩) .

جدول رقم (٣٩)
توزيع العينة وفقا للأسباب
أو الدوافع العامة للتعاطي في الحالات التي تعرف عليها

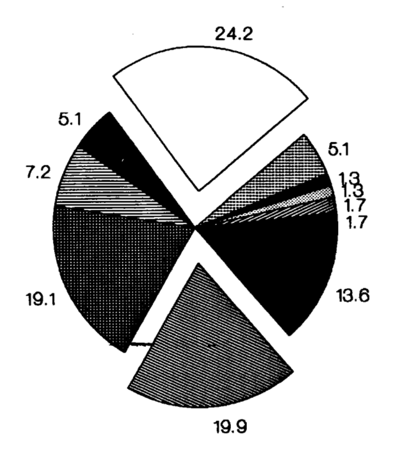
م	الأسباب أو الدوافع	التكرار	النسبة
١	سهولة الحصول على المخدر	٣٦	١١,٣٪
٢	الرغبة في التجريب	٥٤	١٦,٩٪
٣	وسائل الاعلام : التليفزيون ،		
٤	والفيديو ، . . .	٣٥	١٠,٩٪
٥	الصحبة	٦٣	١٩,٧٪
٦	كثرة السفر الى بلاد تنتشر فيها المخدرات	٤٧	١٤,٧٪
٧	السعة المادية	٣٧	١١,٦٪
٨	تأثير الخدم الأجانب	٢٣	٧,٢٪
	أخرى	٢٥	٧,٨٪
		٣٢٠	١٠٠٪

أما عن الأسباب التربوية التي تكمن وراء التعاطي فقد أفادت ٢٤,٢٪ بأن ذلك مرده الى الاحباط المترتب على التأخر الدراسي ، في حين ذهب ١٩,٩٪ الى عدم اقتناع التلاميذ بجدوى العملية التعليمية ، و ١٩,١٪ الى أن ذلك مرده الى محاولة اثبات الذات ، وتفيد الملاحظة الاحصائية ان ثمة اتجاها واضحا يشير الى مبررات التعاطي في ارتباطه بتنظيم العملية التعليمية كتباين المستوى العمري بين تلاميذ الفصل الواحد وهؤلاء يشكلون ٢,٧٪ ، حيث يتجاور التلاميذ في مقاعد الدراسة وقد تفاوتت أعمارهم الى حد ملحوظ ، او تباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الدراسي (١,٥٪) مع مراعاة الأخذ بنظام الاثابة ومكافأة المتفوقين ، الأمر الذي يخلق نوعا من الاحباط لغيرهم من كبار السن المتخلفين دراسيا ، وتذهب فئة أخرى (١,٧٪) من رواد الفصول والاخصائيين الى القول بأن المناخ المدرسي بصفة عامة يلعب دورا رئيسيا في الاحباط ثم تأتي فئة مماثلة (١,٧٪) لتوضح ان ذلك مرده لصعوبة المقررات الدراسية في حين تذهب فئة أخيرة ١,٣٪ الى القول بطول هذه المقررات . (انظر جدول رقم ٤٠) .

جـدول رقم (٤٠)

توزيع العينة وفقا للأسباب والدوافع التربوية للتعاطي

م	الأسباب أو الدوافع	التكرار	النسبة
١	سوء معاملة الأساتذة للتلاميذ	٤	٪ ١,٧
٢	صعوبة المقررات المدرسية	٤	٪ ١,٧
٣	طول المقررات الدراسية	٣	٪ ١,٣
٤	عدم ملاءمة طرق التدريس	٣	٪ ١,٣
٥	المناخ المدرسي	١٢	٪ ٥,١
٦	الاحباط نتيجة التأخر الدراسي	٥٧	٪٢٤,٢
٧	تباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الواحد	١٢	٪ ٥,١
٨	تباين المستوى العمري بين تلاميذ الفصل الواحد	١٧	٪ ٧,٢
	محاولة اثبات الذات	٤٥	٪١٩,١
	عدم اقتناع التلاميذ بجدوى التعليم	٤٧	٪١٩,٩
	أخرى	٣٢	٪١٣,٦
		٢٣٦	٪١٠٠



توزيع العينة وفقا للأسباب والدوافع التربوية للتعاطي

١	سوء معاملة الأساتذة للتلاميذ	٪ ١,٧
٢	صعوبة المقررات المدرسية	٪ ١,٧
٣	طول المقررات الدراسية	٪ ١,٣
٤	عدم ملاءمة طرق التدريس	٪ ١,٣
٥	المناخ المدرسي	٪ ٥,١
٦	الاحباط نتيجة التأخر الدراسي	٪٢٤,٢
٧	تباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الواحد	٪ ٥,١
٨	تباين المستوى العمري بين تلاميذ الفصل الواحد	٪ ٧,٢
٩	محاولة اثبات الذات	٪١٩,١
١٠	عدم اقتناع التلاميذ بجدوى التعليم	٪١٩,٩
١١	أخرى	٪١٣,٦

فاذا انتقلنا الى الأسباب أو الدوافع الأسرية للتعاطي ، أي الأسباب المرتبطة بالبناء الأسري وطبيعة العلاقات وأسلوب التنشئة لوجدنا أن الدافعية للتعاطي ترتبط الى حد بعيد بمشكلات بين الأب والأم ١٢,١٪ ، ثم يأتي افتقاد السلطة الأبوية أو غياب الأب وانشغاله وهؤلاء يشكلون ١١,٤٪ ، ثم التقليد (للأب أو للأخوة أو الأقارب) ١١,٢٪ ، في حين تذهب فئة أخرى ٨,١٪ الى القول بأن ذلك مرده الى الافتقار للوازع الديني في حين تذهب نسبة ٧,٩٪ الى تبرير التعاطي بالتدليل المفرط من جانب الأم بصفة خاصة ، وارتباط ذلك بالسعة المادية ٦,٩٪ ، ثم افتقاد القدوة أو المثال ٦,٤٪ ، في حين يذهب البعض ٥,٧٪ الى تبرير التعاطي بوفاة أحد الوالدين أو كلاهما .

وتذهب نسبة أخرى متقاربة ٥,٥٪ الى أن أهم أسباب التعاطي يرجع الى تعدد الزوجات وارتباط ذلك بغياب الأب عن الأبناء وسوء العلاقات مع الأم وانحيازه الى الأخوة غير الأشقاء ، وإن كانت هناك نسبة أخرى ٥٪ ترى أن التعاطي يرتبط الى حد بعيد بالاقامة مع زوجة الأب والاحساس بالمعاناة ، بينما تذهب فئة أخرى ٤,٣٪ الى رد التعاطي لوجود الخدم الأجانب في البيت القطري ، واذا كنا قد أشرنا الى أن التدليل المفرط وخاصة من جانب الأم يشكل ٧,٩٪ فان هناك فئة من المبحوثين تمثل ٣,٦٪ ترى أن القسوة الشديدة قد تكون دافعا للتعاطي . (انظر جدول رقم ٤١) .

جدول رقم (٤١)
توزيع العينة وفقا للأسباب
أو الدوافع الأسرية التي كانت وراء التعاطي

م	الأسباب أو الدوافع الأسرية	التكرار	النسبة
١	مشكلات بين الأب والأم	٥١	٪١٢,١
٢	مشكلات بين الأخوة	١٠	٪ ٢,٤
٣	التدليل المفرط (من جانب الأم)	٣٣	٪ ٧,٩
٤	وفاة أحد الوالدين أو كلاهما	٢٤	٪ ٥,٧
٥	انشغال الأب بعمله	٤٨	٪١١,٤
٦	الابن الذكر الوحيد	٧	٪ ١,٧
٧	القسوة الشديدة	١٥	٪ ٣,٦
٨	الفقر (المغامرة للحصول على المال)	١٠	٪ ٢,٤
٩	الغنى	٢٩	٪ ٦,٩
١٠	افتقاده القدوة	٢٧	٪ ٦,٤
١١	التقليد (الأصدقاء)	٤٧	٪١١,٢
١٢	تعدد الزوجات	٢٣	٪ ٥,٥
١٣	الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم	٢١	٪٥
١٤	وجود الخدم الأجانب في البيت القطري	١٨	٪ ٤,٣
١٥	الافتقار الى الوازع الديني	٣٤	٪ ٨,١
١٦	أخرى	٢٣	٪ ٥,٥
		٤٢٠	٪١٠٠

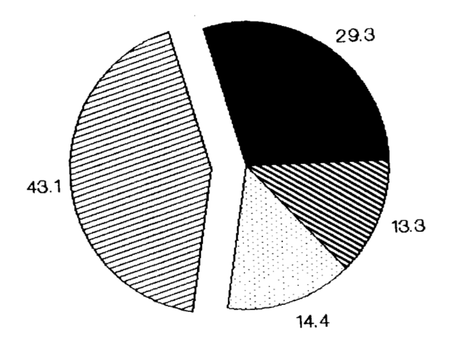
خامسا : المشكلات المترتبة على التعاطي :

(١) المشكلات التربوية :

أفادت ١ , ٤٣٪ من المدرسين ورواد الأسر والفصول والأخصائيين أن التأخر الدراسي يعتبر النتيجة الأولى المترتبة على الادمان ، في حين ذهب ٣ , ٢٩٪ الى أن الانقطاع عن الدراسة يعتبر بمثابة المشكلة الرئيسية المترتبة على التعاطي . وذهبت نسبة ٤ , ١٤٪ الى أن التعاطي قد يؤدي الى فقدان الفرصة التعليمية (انظر جدول رقم ٤٢) .

جـــدول رقم (٤٢)
توزيع العينة وفق المشكلات التربوية الناتجة عن التعاطـي

م	المشكلات التربوية	التكرار	النسبة
١	الانقطاع عن الدراسة	٥٥	٣ , ٢٩٪
٢	التأخر الدراسـي	٨١	١ , ٤٣٪
٣	فقدان الفرصة التعليمية	٢٧	٤ , ١٤٪
٤	أخـــرى	٢٥	٣ , ١٣٪
		١٨٨	١٠٠٪



توزيع العينة وفق
المشكلات التربوية الناتجة عن التعــاطي

١	الانقطاع عن الدراســة	٢٩,٣٪
٢	التأخر الدراســي	٤٣,١٪
٣	فقدان الفرصة التعليمية	١٤,٤٪
٤	أخــرى	١٣,٣٪

(٢) المشـــكلات الأســـرية :

جاء في مقدمة المشكلات الأسرية المترتبة على التعاطي « انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي » الأمر الذي يضطرهم لاستنزاف موارد الأسرة وهؤلاء يشكلون ١٤,٦٪ في حين ذهب آخرون ١٣,٧٪ الى أن المدمن يصبح بمثابة القدوة السيئة لاخوته أو أقاربه ، وان كانت هناك نسبة مماثلة تقريبا ١٣,١٪ ترى أن هذا مدعاة لتقليد الأخوة (أي أن ٢٦,٨٪ من العينة ترى أن المتعاطي قد يصبح قدوة سيئة يقتدي بها الآخرون داخل الأسرة) بينما ذهب فريق آخر ١٢,١٪ الى أن التعاطي قد يؤدي الى ارتكاب الجرائم (السرقة ، الزنــا . . .) ، وترى ١١,٨٪ من العينة ان التعاطي مدعاة لاثارة الخلافات والمشاجرات بين افراد الأسرة الوحدة ، بينما اكدت ١٠,٩٪ ان التعاطي يؤدي الى فقدان السمعة العائلية ، في حين ذهب ٩,٣٪ الى انه قد يؤدي الى « التصرف في الممتلكات الشخصية أو الأسرية لتمويل التعاطي » ، وترى ٦,٢٪ الى انه قد يترتب عليه الضبط والتوقيف في جريمة . (جدول رقم ٤٣) .

سادسا : التدخلات من قبل المدرسين والاخصائيين ورواد الأسر والفصول للحد من تفاقم مشكلة التعاطي :

أفادت الملاحظة الاحصائية أو التحليل الاحصائي أن ٣٦,٩٪ من العينة يلجأ إليها الطلاب لحل مشاكلهم أيا كانت في حين يذهب ٥٦,٣٪ الى ان ذلك لم يحدث وان دورهم لم يتجاوز العملية التعليمية أو الأدوار المنوطة بهم . (جدول رقم ٤٤) ، وكان طبيعيا أن يثار التساؤل التالي والمرتبط بمحاولتهم التدخل للحد من انتشار التعاطي بين الطلاب ، وتفيد المادة المعطاه أن ٣٠,٦٪ من المدرسين والاخصائيين والرواد كانت لهم محاولاتهم الذاتية للتدخل للحد من انتشار التعاطي بين الطلاب في حين نفت الغالبية (٦٢,٥٪) هذا الدور وقد بررت تلك الفئة الأخيرة انعدام فاعليتها في التعامل مع المشكلة بعدم جدوى المحاولة وهؤلاء يشكلون ٢٥,٣٪ ، ويرى ٦,٥٪ من هؤلاء أن التدخل ليس من صلاحياته ، في حين ذهبت فئة مماثلة (٦,٥٪) الى أن مثل هؤلاء الطلاب ينقطعون في العادة عن المدرسة ومن ثم انعدام جدوى المحاولة ، بينما ذهب آخرون ٥,٢٪ الى القول بعدم استجابة المتعاطين ، وفئة أخرى مماثلة ٥,٢٪ الى الزعم بعدم وجود تيسيرات كافية لعقد الندوات للتوعية والارشاد ، بينما ذهب آخرون ٤,٥٪ الى أن أولياء الأمور طلبوا منهم صراحة عدم التدخل في مثل هذه

الموضوعات ، وذهبت نسبة دون ذلك تشكل ٣,٦٪ الى عدم استجابة أولياء الأمور ومن ثم باءت محاولتهم بالفشل ، وتذهب ١,٣٪ من العينة الى القول بسلبية الادارة وعدم فاعليتها في معالجة مثل هذه الموضوعات . (انظر الجدول رقم ٤٥) .

وتفيد المادة المعطاة بالنسبة لأولئك الذين تدخلوا للحد من انتشار التعاطي في الأوساط الطلابية ان اجراءاتهم التي اتخذوها للحد من انتشار الظاهرة كانت على النحو التـالـــي :

٣٩,١٪ من العينة اقتصرت جهودهم على النصح والارشاد ، أضف الى ذلك نسبة أخرى ١٨,٨٪ جهودهم اقتصرت على شرح الأضرار الناتجة عن الادمان وذهبت فئة ثالثة في هذا الاتجاه تمثل ٧,٨٪ تمثلت في محاولة عقد ندوات للتوعية ، أي أن هناك نحو ٦٥,٧٪ منهم توقفت اجراءاتها عند مجرد النصح والتوجيه والتوعية ، في حين ذهبت نسبة ٧,٨٪ الى ان دورها توقف عند مجرد اخطار ادارة المدرسة ، وفئة مماثلة تقريبا ٨,٦٪ اقتصر دورها على الاتصال بولي الأمر ، في حين ذهبت نسبة ٣,١٪ الى تحويل المتعاطي الى وحدة رعاية البالغين ، بينما ذهبت نسبة ١,٦٪ الى ان محاولتهم اقتصرت على مجرد عقابهم .

واذا كانت هناك نسبة ٣٠,٦٪ من اعضاء هيئة التدريس والرواد والاخصائيين كانت لهم محاولاتهم الذاتية للحيلولة دون انتشار التعاطي بين الطلاب (النصح والارشاد ، التوعية ، الاتصال بادارة المدرسة ، أو ولي الأمر ، التحويل الى وحدة رعاية البالغين . . . .) فإن هذه النسبة قد انخفضت الى ١٢,٥٪ بالنسبة لأولئك الذين حاولوا متابعة بعض حالات التعاطي التي اكتشفوها (جدول رقم ٤٧) . وكانت نتيجة متابعتهم على النحو التالي :

٣٤,١٪ لا يعرفون ماذا حدث بالنسبة لهؤلاء المدمنين ، في حين ذهبت نسبة ٢٢٪ من العينة الى ان نتيجة تدخلهم تمثلت في الاقلال من التعاطي ، بينما ذهبت ٩,٨٪ الى ان نتيجة تدخلهم تمثلت في الكف عن التعاطي ، بينما ذهبت نسبة مماثلة ٩,٨٪ الى ان هذه الحالات انتظمت في العلاج ، بينما ذكرت ١٢,٥٪ ان ليس هناك تقدم يذكر بالنسبة لهذه الحالات . (جدول رقم ٤٨) .

أما بالنسبة لأولئك الذين لم يحاولوا متابعة حالات التعاطي فقد جاءت استجاباتهم على النحـو التالـي :

٢٥,٣٪ ذهبوا الى القطع بعدم جدوى المحاولة ، في حين نسبة اخرى ٤٠,٩٪ الى ان تأثير الشلة أو الصحبة أقوى ، وفئة اخرى ثالثة تمثل ٦,٥٪ ترى انقطاع الطالب عن المدرسة ،

وفئة اخرى مماثلة ترى أن ذلك ليس من صلاحيتها ، بينما ذهبت ٢,٥٪ الى عدم استجابة الطالب للعلاج ، في حين ذهبت فئة مماثلة ٢,٥٪ الى عدم وجود تيسيرات كافية لعقد الندوات للتوعية ، وأوضحت ٤,٥٪ من العينة أن ولي الأمر طلب عدم التدخل في مثل هذه الموضوعات (في حين أوضحت ٢,٦٪ الى عدم استجابة ولي الأمر) ، وذهبت ١,٣٪ من العينة الى عدم استجابة ادارة المدرسة . (جدول رقم ٤٩) .

المستوى الثاني
العلاقات التبادلية بين نتائج الدراسة : قضايا أساسية :

أتاحت لنا النتائج السابقة المنبثقة عن تطبيق الاستبيانات الثلاثة على أطراف الظاهرة : الطلاب ، وأولياء الأمور ، والاخصائيين الاجتماعيين ورواد الفصول والأسر الوقوف على مؤشرات تعكس اتجاهات كل فئة نحو الظاهرة محل الدراسة .

غير أن ذلك ـ رغم أهميته ـ لايعدو أن يكون خطوة أولى وأساسية في مجال التحليل ويتطلب استكماله وفق رؤية أكثر شمولية وعمقا في ذات الوقت . فهذه « الأطراف الثلاثة » ، يجمعها موضوع واحد وتدور جميعا حول قضايا مشتركة نستهدف منها في النهاية دراسة اتجاهاتها نحو مشكلة تعاطي المخدرات بالمدارس في قطر .

ومن ثم فان الأمر يتطلب التفكير في بعض « القضايا الأساسية » التي تكون بمثابة « الأرضية المشتركة » التي تجمع بين هذه الأطراف وتمنحنا الفرصة ـ في ذات الوقت ـ لتصور العلاقات التبادلية بين نتائج الدراسة فيما يتعلق بتطبيق الأدوات على عينات مختلفة ممن يتعاملون مع المشكلة .

أما هذه القضايا فيمكن أن نذكرها على النحو التالي :

١) الادراك العام والخاص لوجود المشكلة .
٢) المواد المخــدرة .
٣) تداخل الملامح الجسمية ، والنفسية ، والاجتماعية والسلوكية المميزة للمتعاطي ، ودلالاته .
٤) تضافر الأسباب المؤدية للتعاطي .
٥) أساليب التنشئة الاجتماعية بالأسرة القطرية ومسئوليتها عن التعاطي .

٦) الصعوبات المدرسية ودورها في تفاقم ـ وليس خلق ـ ظاهرة التعاطي .
٧) تعدد المشكلات المترتبة على التعاطي وتفسير بعضها بالبعض الآخر .
٨) دور المدرسة في التصدي لمشكلة التعاطي ، الاخصائي الاجتماعي : محدوية الدور وانعدام الفاعلية .

ولنفصل القول فيما يلي بالنسبة لكل قضية على حده :

أولا : الادراك العام والخاص لوجود المشكلة :

يشكل « ادراك الظاهرة » والوعي بوجودها الركن الأساسي للتعامل معها فكرا أو سلوكا ومن ثم كان من الواجب أن نبدأ بتحليل هذه القضية في ضوء معطيات الدراسة الميدانية بأطرافها الثلاثة كما سبق ، ذلك انه على قدر هذا الادراك سواء كان عاما (يتصل بوجود المشكلة عموما في قطر) أو خاصا (يرتبط ببروزها في قطاع الشباب وبين طلاب المدارس الاعدادية والثانوية) سوف يمكننا من تفسير كافة الجوانب المتصلة بالظاهرة .

لقد وافتنا نتائج الدراسة بأن النسبة الغالبة من عينة أولياء الأمور (٨٠٪) قد أكدت بأنها تدرك وجود هذه المشكلة بين الشباب في قطر عموما بينما لم تزد نسبة من قال بذلك في عينة الطلاب عن (٦٨٪) . أما المدرسون والاخصائيون قد آثرت نسبة (حوالي ٤٩٪) أن تمتنع عن الاجابة عن السؤال الذي يستفسر عن وجود طلاب بالمدرسة يتعاطون المخدرات من عدمه وتلك نسبة بالغة الارتفاع (نصف أفراد العينة تقريبا) ولا يفسرها سوى الخوف أو التحفظ أو الشك والريبة وبخاصة أن حوالي ٧٢٪ من هؤلاء الأخصائيين ورواد الفصول والأسر قد مضى على وجودهم بالمدرسة عام دراسي كامل على الأقل الأمر الذي يتيح لهم ـ كحد أدنى ـ فرصة السماع عن وجود طلاب متعاطين بالمدرسة .

ولم يكن من المتوقع بحال من الأحوال أن تتماثل ، أو حتى تقترب ، النسب الخاصة بادراك الظاهرة ـ فيما يتعلق بأطراف الظاهرة ، ذلك أن ادراك الفرد ووعيه يتشكل طبقا لموقعه من الظاهرة وموقفه منها ، ورؤيته وتقييمه لها ، فضلا عن الخبرات الشخصية أو الظروف المجتمعية التي تجعله يتخذ موقفا ما من الظاهرة .

فلا شك أن أولياء الأمور ـ وهم ملاحظين للظاهرة من الخارج ـ ترتفع نسبة ادراكهم بالمشكلة عن الطلاب انفسهم الذين يرتبطون بالظاهرة مباشرة . ومواقف هؤلاء جميعا لا بد ان تختلف عن تقدير المدرسين ورواد الفصول والأسر والاخصائيين (على اختلاف جنسياتهم

وتفاوت اعمارهم وتباين فترة اقامتهم ورغبتهم أو عدم رغبتهم في الاستمرار في العمل ، خوفهم او عدم اكتراثهم من أن يؤثر ما يدلون من معلومات في بقائهم او عدم استمراريتهم . . الخ) ، من هنا جاءت سلبيتهم الواضحة .

وقد كانت « أحاديث الناس في المجالس » بمثابة القناة الرئيسية التي عن طريقها تعرف الآباء وأدركوا وجود المشكلة بين طلاب المدارس في قطر فاذا أضيفت نسبة هؤلاء الى نسبة الذين تعرفوا عليها عن « طريق أولياء أمور آخرين » فإن النسبة ترتفع لتصل الى حوالي ٧٨٪ . وبمقارنة ذلك بالقنوات الأخرى الرسمية التي كان ينبغي أن تعتمد عليها المدرسة في اثارة وعي أولياء الأمور بهذه المشكلة مثل « مجالس الآباء » نلحظ ان نسبة من ذهبوا الى التأكيد على هذا المتغير الأخير لم تتجاوز (١١٪) من جملة أفراد العينة الأمر الذي يكشف بجلاء عن ضعف دور المدرسة في هذا الصدد (وهو ما سنتحدث عنه تفصيلا في قضية تالية) .

وفيما يتصل بإدراك الطلاب للظاهرة كان لابد أن نتعرف منهم على التوقيت الذي أدركوا فيه هذه المشكلة . وكانت نسبة ٦٢,٥٪ تقريبا لافتة للنظر حيث كانت ممثلة للذين لم يجيبوا على السؤال الخاص بتوقيت معرفتهم هل كان قبل الالتحاق بالمدرسة * أو بعده مباشرة أو بعده بمدة طويلة . وفي حدود الذين أجابوا على السؤال أصلا ٣٧,٥٪ توزعت الاستجابات وكانت أكبرها ١٨٪ ذاهبة الى القول بأنهم أدركوا ذلك بعد الالتحاق بمدة طويلة .

اما المدرسون والأخصائيون فقد امتنع منهم أصلا حوالي ٤٤٪ عن ابداء رأيهم فيما اذا كانت الظاهرة منتشرة بالمدرسة أم لا . وزادت سلبيتهم وضوحا عندما وجه اليهم سؤال عن تقديرهم التقريبي لحالات التعاطي بمدرستهم حيث امتنع ايضا حوالي ٦٢,٥٪ عن الاجابة عن السؤال ، ويرجع ذلك بطبيعة الحال اما الى عدم مقدرة البعض منهم على تقدير عدد حالات التعاطي أو الى الخوف من الخوض في هذه الموضوعات . غير ان موقفهم السلبي هذا قد تناقض مع استجاباتهم لسؤال آخر يتصل بكيفية التوصل الى تقديراتهم لعدد المتعاطين (٢٢٪ ادعوا بأنها لاتزيد عن خمس حالات وكلما زاد تقديرهم لعدد الحالات انخفضت نسبة الاستجابات الى أن بلغت حوالي ٢٪ ادعوا بأنها تتجاوز العشرين حالة بالمدرسة) ذلك انه ورغم أن نسبة الذين قدموا تقديراتهم لاتزيد عن ٣٧,٥٪ الا انها ارتفعت لتبلغ حوالي ٤٥٪

---

* المقصود التحاق الطلاب (ممن شملتهم العينة) بآخر مدرسة اعدادية او ثانوية .

شارحين الكيفية التي توصلوا بها الى هذه التقديرات ، وليس هناك تفسير لذلك الموقف المتناقض سوى أن الاستطراد في التساؤل قد جعل بعض المبحوثين ينسون اجاباتهم السابقة التي كانت يغلفها في الغالب محاولة التهرب من الاجابة الحقيقية .

ثانيـا : المـواد المخـــدرة :

ليس المقصود بتحليل هذه القضية الوقوف على نوعية المواد المخدرة وتباين استجابات افراد العينة بصددها فهذا ماسبق توضيحه بنتائج الدراسة . وانما نستهدف من ذلك مناقشة هذه المسألة في ضوء المتغيرات المحيطة بأفراد العينة التي استجابت بشأنها وهم الطلاب . وقد كان من الطبيعي ان نسأل هذه المجموعة دون غيرها ـ أولياء الأمور أو المدرسين والاخصائيين ـ لأننا كنا نسعى الى التعرف على مدى خبرتهم بهذا الموضوع ومصدر سماعهم عن هذه المواد وارتباط ذلك بخصائصهم العامة كأفراد ممثلين في عينة واحدة .

وقد عرض على الطلاب في استمارة الاستبيان « قائمة » باحدى عشرة مادة وكانت الفروق الاحصائية بين استجاباتهم على هذه المواد ضئيلة ومتدرجة بانتظام ابتداء بالحشيش (١٤٪) ومرورا بالأفيون (١٢٪) ، والكوكايين والهيروين (١١٪) والبترول والصمغ والغراء (١٠٪) وانتهاء بمركبات الأفيون (٨,٥٪) ، والمنومات (٦,٥٪) . ويعني ذلك أن المعرفة بهذه المواد جميعا تكاد تتقارب غير ان الأكثرها شيوعا في ادراكهم هي المخدرات التقليدية (الحشيش والأفيون والهيروين . . الخ) .

واذا كانت الاستجابة بشأن هذه القائمة من الأهمية بمكان ، فان الأكثر منها اهمية وحيوية هي تلك القائمة الأخرى التي قاموا هم بأنفسهم باعدادها وذلك في نطاق البند الذي ترك في نهاية احتمالات الاجابة على ذات السؤال مفتوحا وطلب منهم ذكر اي مواد أخرى يرون ـ من وجهة نظرهم ـ انها مواد مخدرة .

ورغم ضآلة نسبة من أجابوا (٤,٥٪) الا أن جملة استجاباتهم قد بلغت (٢٩٢) استجابة فكل فرد من افراد هذه النسبة قد استجاب بعدة مواد ، وقد امكن تجميعها في اثنتين وأربعين

مادة مخدرة* (وردت بالجداول الملحقة ، وأعطي عنها بعض الأمثلة في مستوى التحليل السابق) التي لا يهمنا ذكرها في هذا الموضع قدر ما نستهدف تحديد دلالاتها . ان معظم هذه المواد مواد « تخليقية » تمت صياغتها من العناصر الطبيعية أو الاصطناعية بالبيئة المحيطة وخضعت كل هذه المواد ولاشك للتجربة والخطأ حتى ثبت ـ من وجهة نظر أفراد العينة ـ ان لها تأثيرا مخدرا ومن ثم شاع استخدامها .

غير أننا نبهنا الى ضرورة التعامل مع هذه المواد ـ التي اضافها افراد العينة ـ بحذر بالغ اذ انه لم يتبين حتى الآن وعلى وجه اليقين درجة مفعولها التخديري ** ولم يتأكد بعد ايضا ما اذا كانت هذه المواد وليدة البيئة المحلية أو ان معرفتها قد تم عن طريق « النقل الثقافي » من مجتمعات أخرى وبخاصة نتيجة للاحتكاك المباشر واليومي مع الجماعات الوافدة وبخاصة الهنود والباكستانيين .

ويمكننا في هذا الجانب ان نربط بين السماع عن المواد المخدرة وسفر الطلاب للخارج في العطلات الصيفية . . فقد نوقشت عناصر احتمالية السفر ، وعدد مراته ، ومدته ، وأولوياته (تفضيلاته) ولا يهمنا في هذه النقطة سوى ذلك التصنيف الذي أجرى للبلدان التي يسافر اليها الطلاب وكانت الدول الآسيوية (غير العربية) تمثل واحدة من مجموعات هذا التصنيف . . وبرزت الهند كتفضيل أول للسفر ضمن بلدان هذه المجموعة بنسبة بلغت حوالي ٤٥٪ ثم تلتها البلدان الأخرى بفوارق نسبية كبيرة .

ورغم انه ليس هناك سؤال مباشر عن اسباب السفر الى كل بلد (فقد كان سؤال تفضيل السفر للبلدان المختلفة مفتوحا) ألا أن العلاقة بين تفضيل السفر للهند بهذه النسبة اللافته

---

* لعل اهمها : نمل أسود + سجائر ، سفن أب + بيف باف ، دواء البروتوفيل للكحة ، كريم نيفيا بالخبز ، ماكس فورت ، اضافة الالبان على البيبسي كولا وأخذ الاستيم والتطعيم به ، خبز في ماسورة العادم للسيارة يترك لفترة من الوقت اثناء عمل المحرك ، بيض مدفون ومخلوط بمياه مالحة ، العرقي ، برادة الالمونيوم ، ثوم + هيل + قشور الحمضيات ، المكس (خليط من الهيروين + الكوكايين) ، (حرق المحايه والشم) ، حرق اطارات السيارات (الشم) ، كبسولات فاليوم المخدرة . . الخ .

** فقد يكون لها تأثير متفاوت سواء بالنسبة للقدرات العقلية للفرد أو بالنسبة لحيويته ونشاطه ، وقد تؤدي الى اصابته بالوهن والضعف او الخمول . . الخ وهل هي منبهات او مثبطات وما تأثيرها على الجهاز العصبي ، وينبغي ان نذكر ان المتعاطي قد يستخدم اكثر من مخدر في وقت واحد ، الأمر الذي يؤدي الى اختلاط الأعراض بعضها بالبعض الآخر .

ضمن الاستجابات والظاهرة محل الدراسة ـ على الأقل في جانب السماع عن المواد المخدرة ـ يظل أمرا قابلا للنقاش ، وبخاصة انه كما هو معلوم تمثل الهند « سوقا » لبيع المخدرات بكافة انواعها وبأسعار أقل كثيرا من وجودها بأي مكان آخر فضلا عن الدور الذي تلعبه الجالية الهندية في تشجيع سفر المواطنين الى الهند .

وفيما يتصل بمصدر السماع عن هذه المواد المخدرة لوحظ ان وسائل الاعلام (وبخاصة التلفزيون والفيديو) تمثل المصدر رقم واحد في ذلك .

ثالثا : تداخل الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية والسلوكية المميزة للمتعاطي ، ودلالاته :

لم يكن كافيا ان يدرك المبحوث وجود المشكلة ، وأن يعدد صنوف المواد المخدرة وانما كان من المهم ايضا ان نتعرف على تصوراته فيما اذا كان يدرك وجود ملامح خاصة تميز المتعاطي من غيره .

وقد كان من الطبيعي في تصميم أدوات البحث (الاستبيانات) أن تصنف هذه الملامح بحيث نطلب من المبحوث تحديد مدى ادراكه لهذه الملامح او السمات ، **إلا أن نتائج الاستبيانات جميعا قد اظهرت خلطا واضحا في استجابات المبحوثين تجاه هذه الملامح ، فقد تداخلت الملامح الجسمية مع النفسية واختلطت مع الاجتماعية والسلوكية . ولم نستقرأ من هذا التداخل وجود خطأ في تصميم الأداة او الخلط في فهم المبحوثين ؛ وانما تبين لنا ان ملامح التعاطي ينبغي أن تتناول جملة واحدة اذ انه من الصعب الفصل بينها وأن ذلك ان كان جائز منهجيا فإنه غير وارد فيما يتعلق بعملية التفسير . فما من شك ان الملامح الجسمية للمتعاطي تنعكس بشكل مباشر على ملامحه النفسية وتؤثر بالتالي في سماته السلوكية الامر الذي يكون له ردود فعل واضحة في تعامله أو اتصاله بالآخرين** * .

---

* واذا كانت الملامح الجسمية اكثر وضوحا أو يمكن ادراكها للملاحظ الخارجي بسهولة كالضعف والخمول ، طريقة المشي ، احتقان العينين وزيغ البصر ، اضطرابات الحس .. فان هذا قد يؤدي في نفس الوقت الى انخفاض الكفاءة العقلية او القدرة على التفكير ، وقد يرتبط بذلك (وفقا لنوع المادة المخدرة) الميل للعزلة او الاختلاط او عدم الاكتراث او اللامبالاة ، أو الميل للعدوان ، من هنا تأتي النظرة الشمولية لمجموعة الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية للظاهرة التي نحن بصددها .

ففيما يتعلق بعينة الطلاب كانت هذه المسألة شديدة الوضوح وان تفاوتت استجاباتهم بشأن كل مجموعة من الملامح . ففي حدود اثنين وعشرين احتمالا (أحد عشر منها ورد بالاستبيان والاحدى عشرة الأخرى ذكرها المبحوثين ضمن « أخرى تذكر ») برزت الملامح الجسمية أشد وضوحا (مثل : الضعف والخمول وشحوب الوجه ، واحتقان العينين وزيغ البصر ، وسرعة التعب بعد أقل مجهود) من الأخرى النفسية أو الاجتماعية (مثل : العدوان والتدمير ، والانطواء ، والعزلة ، كثرة التغيب عن المنزل .. الخ) ، ويرجع ذلك ببساطة الى أن ملاحظة الملامح الجسمية أسهل بطبيعته من ملاحظة ملامح نفسية او اجتماعية قد تستوجب المعرفة العميقة بالمتعاطي ، وهو امر قد لا يتأتى لكل مبحوث فضلا عن ان الملامح الجسمية تظهر بالفعل بشكل أسرع وأكثر من الملامح الأخرى التي قد تتطلب مزيدا من الوقت ودقة في الملاحظة . أما الملامح السلوكية ـ من وجهة نظر أفراد هذه المجموعة ـ فقد فهمت (ولهم العذر في ذلك) على أنها ملامح تتصل بتصرفات الطالب المتعاطي في الفصل وذلك فهم محدود للملامح السلوكية إلا انه كان متسقا مع طبيعة العينة ونوعية العلاقات بين افرادها فكان كثرة الغياب مثلا هو الملمح الأول الذي استجاب بشأنه حوالي ٢٤٪ من العينة .

وفيما يتصل بعينة أولياء الأمور يمكن القول بأن غالبية أفرادها (٧٠٪) قد اكدت مبدئيا بأنه في امكانهم تحديد ملامح للمتعاطي (مقابل ٧٢٪ في عينة الطلاب) غير أنهم قد تفاوتوا في استجاباتهم بشأن تحديد هذه الملامح وركزوا أيضا (مثلما فعل الطلاب) على الملامح الجسمية في البداية وتلتها النفسية والاجتماعية .

غير أن تقييم أفراد هذه العينة للتصرفات (السلوكيات) التي تميز المتعاطي كان جد مختلف عن عينة الطلاب انفسهم والذين أدركوها (السلوكيات) من خلال تفاعل المتعاطي بالمدرسة والصف ، في حين ذهب أولياء الأمور الى ان هذه السلوكيات ذات طبيعة اجتماعية بحتة وليس أدل على ذلك من ان الاستجابة التي احتلت المرتبة الأولى في هذا الشأن كانت متصلة « بالسهر خارج المنزل » (٢١٪) وتلاها « اللامبالاة وعدم الاهتمام » (١٨٪) ثم « سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة » (١٦٪) ، « فالتمرد على الوالدين » (١٣٪) . **وتكشف هذه الملامح ان الوسط المحيط (مدرسة كانت أو منزلا) هو الذي يوحي للمبحوث بنوعية الملامح وبخاصة اذا كانت صيغاتها بها قدر من العموم كالملامح السلوكية .**

أما عينة المدرسين ورواد الأسر والفصول والاخصائيين فقد بدأت استجاباتها بأن نفى حوالي ٥٧٪ من افراد العينة اصلا وجود ملامح فيزيقية (جسمية) تميز المتعاطي . وهذا مؤشر

بالغ الأهمية اذ كيف يتأتى للطلاب انفسهم ان يلحظوا ملامح هذه الظاهرة بنسبة عالية (٧٢٪) وأولياء الأمور كذلك (٧٠٪) بينما تتدنى النسبة بين الرواد والمدرسين والاخصائيين لتصل الى حوالي ٣٩٪ رغم أن ملاحظتهم لمثل هذه الظواهر امر ميسور ومتاح الى حد بعيد، بل هم من حيث خبراتهم وقدراتهم أقدر على ملاحظة مثل هذه السمات ، وليس هناك تبرير عقلاني لذلك سوى ما سبق الاشارة اليه في معرض معالجتنا لاستبيان المدرسين والرواد والاخصائيين ان الخوف والتحفظ فيما يتعلق بالظاهرة التي نحن بصددها يظل التفسير الواقعي لهذا الموقف السلبي ، وسوف نتعرف لهذه الحقيقة تفصيلا فيما بعد .

رابعا : تضافر الأسباب المؤدية للتعاطي :

مثلما تداخلت ملامح التعاطي وتفاعلت فإن هناك تضافرا أيضا وتكاملا بين الأسباب المؤدية الى بروز ظاهرة التعاطي . . فالأسباب العامة ، والاجتماعية والاقتصادية فضلا عن الصعوبات المدرسية كلها تتفاعل معا وتشكل فيما بينها « اطارا مهيئا » لنشوء ظاهرة تعاطي المخدرات وكلما زادت هذه الأسباب حدة وتأثيرا اتسعت هذه الظاهرة بالتالي انتشارا وتفاقما .

وقبل أن ندرس شكل التضافر الذي يلاحظ بين هذه الأسباب يهمنا في البداية ان نفحصه بشكل جزئي على مستوى الأطراف الثلاثة للظاهرة بمعنى دراسة الأسباب العامة مثلا كما يتصورها كل من الطلاب ، وأولياء الأمور ، والاخصائيون وتحليل مدى التلاقي او التباعد بين تصوراتهم ، ثم التعرض للأسباب الاجتماعية ، والاقتصادية . . وهكذا . .

فقد ركز الطلاب في الاسباب العامة على مسألتين لافتتين للنظر هما : « الرغبة في التجريب » و « الصحبة » وكل منهما يعد سببا موصلا للآخر اذ انه لن يجرب وحيدا وإنما الصحبة هي الدافعة له على ذلك فهي بمثابة الوسط او المناخ الذي يتم فيه التجريب .

غير أن أولياء الأمور لم تتفق اجاباتهم مع الطلاب على ذات السؤال ففي نظرهم يمثل سهولة الحصول على المخدر النسبة الغالبة (٩١٪) كسبب عام للتعاطي . في حين نرى الاخصائيين ورواد الفصول والأسر وقد اتسقت استجاباتهم مع الطلاب من حيث كون « الصحبة » اولا ثم « الرغبة في التجريب » ثانيـــا (عكس الطلاب في الترتيب فقط وبغير فروق تذكر بينهما) يمثلان سببين عامين للتعاطي اكثر من غيرها من الأسباب .

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء « المناخ الاجتماعي » الذي يعيشه كل طرف من أطراف الظاهرة ، فالطلاب والاخصائيون يرون « مباشرة » بل ويشاركون الى حد ما في مجال

للتفاعل مشترك من هنا كانت رؤيتهم مغايرة لأولياء الأمور الذين ، وعلى الرغم من تواجدهم سلبا او ايجابا في البناء الأسري ، يقومون بدور الملاحظ الخارجي فقط من هنا كانت الاسباب لديهم محدودة في سهولة الحصول على المخدر ، انه لم ير كيف تؤثر الصحبة أو كيف تلعب الرغبة في التجريب دورا فاعلا في الظاهرة ، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن الابن يحرص دوما على ان يبدو سلوكه متسقا أمام الأب ، وهذا يغاير سلوكه مع بعض اعضاء هيئة التدريس أو الاخصائيين ممن يقيم معهم نوعا من العلاقات الودية التي تعطي الفرصة للمكاشفة والمصارحة والتي قد تصل في بعض الأحيان للاعتراف له بتعاطيه للمخدر أو بمغامراته العاطفية ، وهذا لايتحقق مع الأب مثلا ، فمازال الأب رغم رياح التغيير يحظى بالمهابة وان بدت الفروق الفردية في هذا الصدد واختلفت من عائلة الى أخرى ، مازالت شخصية الأب الذي يضفي وجوده على الأسرة جوا من المهابة والاحترام ، اذا حضر بعد غياب هرع الجميع للقائه ، واذا تناول الطعام جلسوا لحضرته ، لايتحدثون اليه الا نادرا وان اقتضت الضرورة باقتضاب بالغ ، ان التوقعات المعيارية تفترض أن يحظى الأب بالاحترام فرؤيته افضل الرؤية ومشورته واجبة[9] ، وهذا على النقيض مما قد يحدث مع بعض أعضاء هيئة التدريس او الاخصائيين ، ويكفي ان تستمع خلال الدوام المدرسي لتعليقات بعض الطلاب مع اساتذتهم وان ترى جو المودة وعدم الكلفة بينهم او المكاشفة والمصارحة على نحو لا يتحقق مع الآباء ، وهذا ماقصدنا به منذ البداية باشتراكهم في مجال للتفاعل . . .

وفيما يتعلق بالأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي افاد التحليل الاحصائي وضوح السببين المتصلين « بصحبة المتعاطين » و « التدليل الزائد » اما عينة اولياء الأمور فقد اتفقت مع الأولى فيما يتصل « بالتدليل الزائد » واضافت اليه سببا آخر لا يقل اهمية وهو « المشكلات المستمرة بين الأب والأم » ثم استجابوا بعد ذلك وبدون فارق نسبي كبير لسببين يتصلان « بافتقاد القدوة الحسنة » . و « عدم القدرة على شغل وقت الفراغ » . وذهبت عينة رواد الأسر والاخصائيين الى التأكيد على « المشكلات بين الأب والأم كسبب اجتماعي دافع للتعاطي ويليه مباشرة ـ افتقاد السلطة الأبوية » أو « غياب الأب وانشغاله » .

وأيا كانت الاسباب فان تأثير الأسرة على تهيئة الفرصة للانحراف وتعاطي المخدرات واضح الى حد بعيد وقد تمثل في استجابات المبحوثين على اختلاف فئاتهم « التدليل

الزائد »* « المشكلات المستمرة بين الأب والأم » و« افتقاد السلطة الأبوية » اوغياب الأب فيزيقيا او فكريا عن ابنائه .. الـــخ .

وفيما يتصل بالأسباب الاقتصادية لوحظ أن « الغني » ، و« سهولة الحصول على المخدر » يقفان على قمة الاسباب المادية (الاقتصادية) الدافعة للتعاطي ، وقد اتفقت على ذلك الاطراف الثلاثة للظاهرة مع اختلاف فقط في ترتيب هذين السببين .

أما « الفقر » الذي يدفع الى المغامرة للحصول على مال لتمويل التعاطي فقد مثل سببا تاليا لذلك وبخاصة في عينتي الطلاب ، وأولياء الأمور .

أما الاسباب المتصلة بالصعوبات المدرسية (التربوية) المؤدية للتعاطي فقد مثل الفشل نتيجة التأخر الدراسي ، وعدم الميل للدراسة او اتجاهاتهم السلبية نحوها** سببين لافتين للنظر واتفق على ذلك عينتا الطلاب وأولياء الأمور واختلفا في ترتيبهما فقط . اما الاخصائيون فلم يخرجوا عن ذلك ولكنهم اضافوا ما لاحظوه عن الطلاب من عدم اقتناع بجدوى التعليم الامر الذي ينتهي بهم الى الاحباط .

يتبين من ذلك ان الاسباب السابقة جميعها متسقة ومتداخلة بل ان بعضها يفسر البعض الآخر فهي مجرد زوايا للنظر الى ظاهرة واحدة تتفاعل بصددها عناصر كثيرة .

خامسا : أساليب التنشئة الاجتماعية بالأسرة القطرية ، ومسئوليتها عن التعاطي :

لعل أطراف الظاهرة لم تتفق على قضية بعينها بحيث تعتبرها مؤشرا ، وسببا ، ونتيجة في ذات الوقت للتعاطي قدر ما اتفقت على « التنشئة الاجتماعية بالأسرة » فهي عنصر بارز دائما

---

* ونقصد به هنا تطرف الآباء ومغالاتهم في تأييد الأبناء والتساهل معهم مع تجاهل ضرورة توجيههم الى تحمل المسئوليات التي تتناسب مع اعمارهم (١٠) .

** يقصد بالاتجاهات نحو الدارسة **Study Attitudes** النزعة أو الاستعداد المعبر عنه سلوكيا بدرجة تحبيذ الطلبة او عدم تحبيذهم لجوانب تتعلق بالدراسة والعملية التعليمية وما يرتبط بها ، مثل تقبل الطلبة للمعلمين ، مدى مشاركتهم وتفاعلهم معهم ومع غيرهم من الطلبة ، نظرتهم الى الأهداف التربوية والمهنية (١١) .

في وجوده ، وفعال في تأثيره ، بل يمكن القول ان العلاقة بين أسلوب التنشئة الاجتماعية وتعاطي المخدرات علاقة قياسية بين مقدمة ونتيجة . ويبدو أن هذه المقولة لم تأت من فراغ وانما كان مصدرها الملاحظات المباشرة لواقع المجتمع القطري والتي اكدت مسئولية البناء الأسري عن كثير من الظواهر الايجابية والسلبية على حد سواء والتي ظهرت كنتيجة للتغير السريع في الجانب المادي وببطء محلوظ في الجانب اللامادي ، الأمر الذي ترتب عليه ازدياد الفجوة بين الجانبين وانعكاس ذلك في ظهور العديد من المشكلات والانحرافات (كان التعاطي من بينها) وقد آثرنا معالجة تلك القضية في مزيد من التفصيل لما لها من اهمية حيوية .

ان بنية الاسرة بالمجتمع القطري ـ رغم تقليديتها ومحافظتها ـ الا انها تتعرض لهزات واضحة ، فقد أصابت الأسرة (شأنها شأن كافة النظم الاجتماعية بالمجتمع) عناصر التغيير المادي بالدرجة الأولى وادخلت متغيرات جديدة لم تكن قائمة من قبل ، وأخرى لم تكن تتمتع بقدر من الشمولية في المجتمع فالخروج للتعليم (للذكر والأنثى) ، واقتناء كافة الوسائل التكنولوجية الحديثة ، والتأثر الشديد بوسائل الاعلام وبخاصة البصرية منها ، والسفر المتكرر والمتنوع للخارج ، ورعاية الدولة للأفراد رعاية شبه كاملة . . . الخ كل هذا وغيره كان من الضروري ان يغير تركيب الأسرة ، ويعيد تشكيل أدوار أفرادها ، ويقدم صياغات جديدة للعلاقات بين اعضائها .

ولأن الأسرة غير منفصلة عن المجتمع ـ رغم التقليدية التي تتسم بها ـ فان مايحدث بالمجتمع ينعكس بالضرورة عليها ويشكل الظواهر الايجابية والسلبية التي تتعرض لها . ومما لاشك فيه أن حالة « التغير المادي » التي يتعرض لها المجتمع الخليجي عموما قد افرزت عدة ظواهر اجتماعية نفذت مباشرة الى الأسرة وعدلت كثيرا في الأدوار والوظائف والعلاقات فضلا عن نسق القيم السائد .

ولو حاولنا تطبيق هذه المعطيات النظرية على موضوع بحثنا لوجدنا ـ من خلال استجابات الأطراف الثلاثة للظاهرة مجتمعين ـ تأكيدا واضحا على أساليب التنشئة بالأسرة القطرية ودورها في تهيئة الفرصة لتعاطي المخدرات ويمكن ان نعطي بعض الأمثلة على ذلك من واقع الدراسة الميدانية : كان « التدليل الزائد » هو السبب الذي يقع في المرتبة الثانية ضمن الأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من وجهة نظر الطلاب . ولم يبرز هذا السبب الذي يقع في المرتبة الثانية ضمن الأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من المسائل البنائية التي تسم الأسرة القطرية . فتفضيلها الواضح للذكور ، والحرص على دعمهم باستمرار ، والتفرقة الواضحة

في المعاملة بين الذكور والاناث بحيث يترك للذكر أكبر قدر من الحرية ، وتشجيعه الدائم والتهوين من اخطائه وايجاد المبررات لتصرفاته ، فضلا عن الاستجابة لمتطلباته ، الأمر الذي قد يحول دون الاعتماد على النفس وتحمل المسئولية بل والاستقلالية ، الأمر الذي يؤدي في نهاية المطاف فضلا عن عوامل أخرى (كوجود الصحبة المدمنة والسعة المادية . . . الخ) الى التسليم بالأمر الواقع ومسايرة الآخرين وعدم القدرة على الوصول الى الصورة الأفضل ، فاذا أضيف الى ذلك كله غياب الأب في بعض الأحيان ، وقيام الأم بالتربية وحدها يساعدها في ذلك المربيات او الخادمات لتبين لنا كيف ان التدليل الزائد كأسلوب للتنشئة لم يبرز بشكل عفوي - تلقائى - وانما له جذوره وأصوله ، ومما يؤكد ذلك أن عينة اولياء الأمور وضعوا هذا السبب في المرتبة الاولى (في المرتبة الثانية من وجهة نظر الطـــــلاب) .

ويمثل افتقاد القدوة داخل الأسرة نموذجا آخر يوضح أساليب التنشئة الاجتماعية السائدة فمما يلفت النظر أن عينة أولياء الأمور كانت أكثر صراحة فيما يتعلق بهذه المسألة اذ جاءت في المرتبة الثالثة (بعد التدليل الزائد ، والمشكلات المستمرة بين الأب والأم) . **ونقصد بالقدوة المفتقدة هنا تقلص دور الأب بخاصة ، وعدم مشاركته بشكل فعال ومؤثر في تربية الأبناء اما انشغالا او رغبة في التخفف من مشكلات الأسرة . فاذا أضفنا الى ذلك تورط الأب أحيانا (أو الأخوة الكبار) في التعاطي أمام الأبناء أو بعلمهم لتبين مدى الانهيار الذى يحدث لهذه القدوة .**

وهذا ماأاكدته دراسة الحالة Case Study إذ أسفرت المادة الاثنوجرافية التى استهدفت التاريخ الادماني فى عشر حالات عن وجود ٦ حالات (أربع يتعاطى فيها الآباء وحالتان يتعاطى فيها الأخوة) ، وان كانت احداها يتعاطى فيها الأب والأخوة معا في وقت واحد ، فاذا اضفنا « الاقارب » لوجدنا أن معظم هذه الحالات (٩٠٪) ينتمون الى عائلات او جماعات أسرية يتعاطى فيها اما الآباء ، أو احد الاخوة او الاقارب . وهذا مادفعنا الى القول ان « تدشين » الفرد الى عالم المخدرات يتم على ايدى ذويه او جماعته القرابيه هنا ينبغي ان نركز على تأثير الخبرة السابقة في تسهيل عملية التعاطي . وفى هذا الصـدد يذهب كـارلين Carlin وزملاؤه الذين بحثوا فى الدور الذى تقوم به الخبرة السابقة الى القول « ان هذه العملية تستند الى خبرات تعلم وتعلم اجتماعي متكرر» أى تعرض الفرد لهذه الخبرة اكـثر من مرة »« ١٢ » .

سادسا : الصعوبات المدرسية ودورها في تفاقم ـ وليس خلق ـ ظاهرة التعاطي :

تعددت الصعوبات المدرسية المساعدة على تفاقم ظاهرة التعاطي ، واذا كان الطلاب واعضاء هيئة التدريس قد ذهبوا الى ان « الفشل نتيجة التأخر الدراسي » من اهم الصعوبات ، بل انها تحتل المكانة الاولى فى الترتيب وان تباينت النسب عند كل فئة بفارق نسبي بسيط (الطلاب ٢١٪) و (اعضاء هيئة التدريس ٢٤,٢٪) ، ولا يعني هذا ان الآباء لم يدركوا مقولة الفشل نتيجة التأخر الدراسي الا انهم يضعونها في المرتبة الثانية وان بلغت نسبة استجاباتهم ٣٧٪ . والغريب حقا ان الطلاب واعضاء هيئة التدريس يرون أن عدم الميل للدراسة (النزعة أو الاستعداد المعبر عنه سلوكيا بتحبيزهم للعملية التعليمية ونظرتهم الذاتية للأهداف التربوية والمهنية . . مرجع سابق) يأتي فى المرتبة الثانية وبنسب متقاربه (الطلاب ٢١٪) (أعضاء هيئة التدريس ١٩,١٪) ، اما الآباء فيرون أن عدم الميل أوالاستعداد للدراسة يأتي في المرتبة الاولى وان كانت نسبتهم بفارق نسبي كبير ٤٠٪ ، حقا ان الترتيب لدى الآباء يبدو معكوسا الا انه يسير متسقا مع اتجاهات الابناء والمعلمين فكلا المتغيرين يؤدي للآخر ، عدم الميل او افتقاد النزعة التعليمية تؤدي الى الفشل أو التأخر الدراسي ، ثم تتباين الاتجاهات فيما يتعلق بمدى ملاءمة المناخ المدرسي * اذ يؤكد ١٦٪ من الآباء على انعدام الملاءمة لهذا المناخ في حين تنخفض رؤية الطلاب لهذا العامل وبفارق نسبي كبير يصل الى ٦٪ ، أما هيئة التدريس فتنخفض رؤيتهم لهذا العامل ودوره في الاحباط ليصل الى ١,٧٪ .

---

* يقصد بالمناخ المدرسي على حد زعم Cornell ١٩٥٥ (من أوائل من استخدم هذا المصطلح) « نتاج لادراك الأفراد لأدوارهم كما يرى الأخرون » وقد تناول هذا الموضوع كثيرون من أمثال Burton وليفين Lewin وهوايت White وهالبين Halpin وكرفت Croft ، وقد تناولوا المناخ الديمقراطي والاوتوقراطي والفوضوي وارتباطه بالانتاجية والروح المعنوية العالية . . أو ما أسماه بعض التربويون بالمناخ المفتوح (روح معنوية عالية) ، المناخ الموجه (اهتمام شديد بانجاز العمل + روح معنوية الى حد ما) المناخ العائلي (الألفة الشديدة بين العاملين دون الاهتمام بتحقيق الاهداف المرجوه) ، مناخ أبوي (حيث تركيز السلطة ، الحيلولة دون ظهور أي مبادرات قيادية) مناخ مغلق (حيث يسود الفتور والاحساس بعدم الرضا) . . الـخ (١٣) .

بيد أن الطلاب وأعضاء هيئة التدريس ينفردون باثارة العديد من الصعوبات كل من وجهة نظره والتى لم يدركها الآباء وهذا أمر طبيعي نظرا لتواجدهما معا في مجال للتفاعل مشترك ، اذ ينفرد الابناء « بعدم التفاهم مع المدرسين » وهؤلاء يشكلون ١٦٪ ، والطرد من الصف ١٥٪ وان اضافوا عدم تفهم مشكلات التلاميذ ثم التفرقة فى المعاملة ، قسوة بعض المدرسين ، وطبيعي ان تلك المشكلات تعبر عن وجهة نظرهم بصفة خاصة ، ومن اللافت للنظر ان احد الآباء لم يشر من قريب او بعيد لمثل هذه القضايا ، وهذا ان دل على شيء فانما يدل على غياب الآباء عن متابعة الابناء او حتى مجرد الوقوف على احوالهم والظروف التى يعيشونها في المؤسسات التعليمية وانعدام الصلة بين المدرسة والمنزل . هذا من ناحية ومن ناحية اخرى فان اعضاء هيئة التدريس ينفردون بالاشارة الى التعاطي في ارتباطه بتنظيم العملية التعليمية ويثيرون قضايا جوهرية هامة « كتباين المستوى العمري بين تلاميذ الصف الواحد » ٢,٧٪ حيث يتجاور التلاميذ وقد تباينت اعمارهم « وتباين مستوى تحصيلهم الدراسى » ٥,١٪ ، والاخذ بنظام الاثابة ومكافأة المتفوقين على مرأى ومسمع من الاخرين ، الامر الذى يؤدي الى الاحباط ، هذا فضلا عن صعوبة المقررات ١,٧٪ وطول المقررات الدراسية ١,٣٪ .

سابعا : تعدد المشكلات المترتبة على التعاطي وتفسير بعضها بالبعض الآخر :

تنوعت المشكلات وتعددت ، فمنها ما هو تربوى أو اجتماعي أو اقتصادى أو قانوني أو اخلاقي ، وجميعها متداخلة الى حد بعيد ومتشابكة يعتمد بعضها على البعض الآخر ، ومما تجدر الاشارة اليه أن رؤية اعضاء هيئة التدريس اكثر شمولا من الفئتين الاخريين ، فبينما انحصرت استجابات الآباء في تناول قضايا اساسية بارزة (كالانقطاع عن الدراسة او التأخر الدراسى ٣٧٪ ، الاساءة الى سمعة العائلة ٢٣٪ ، انفاق المزيد من المال لتمويل التعاطي ١٤٪ ، محاكاة الاخوة للمدمن ١٤٪ ، الضبط والتوقيف في جريمة التعاطي ١١٪) ، وتلك جميعها أشار اليها الابناء واعضاء الهيئة التدريسية وان تفاوتت الاتجاهات بصددها وبفروق نسبية

واضحة فى كثير من المتغيرات . *

فإذا نظرنا مثلا الى احدى المشكلات التربوية لدى الفئات الثلاث « مشكلة الانقطاع عن الدراسة والتأخر الدراسي » لوجدنا اجماعا من الطلاب والأباء والمدرسون ولكن تتفاوت النسب بشكل ملحوظ ، فالطلاب يشكلون ٢٧٪ ، وأولياء الأمور ٣٧٪ ، أما أعضاء هيئة التدريس فكانت استجاباتهم ٨٦,٨٪ (٢٩,٣ انقطاع عن الدراسة ، فقدان الفرصة التعليمية ١٤,٤٪ ، التأخر الدراسي ٤٣,١٪) وترجع الفروق الواضحة في الاستجابة بين المدرسين والاباء او الابناء ، ذلك أن أعضاء هيئة التدريس ومن واقع خبرتهم الطويلة ومصادفتهم لمثل هذه المشكلات يدركون أن المتعاطين سرعان ما يفقدون الاهتمام بالدراسة أى سلبية الاتجاهات نحو العملية التعليمية برمتها ** ومن ثم اللامبالاة والهروب أثناء الدوام المدرسي او الغياب المستمر ، تكرار الرسوب ، الأمر الذى ينتهي حتما بالتخلف الدراسي وفقدان الفرصة التعليمية .

فاذا ما انتقلنا الى التقليد بين الاخوة او انتشار عدوى الادمان بين الجماعة القرابية لوجدنا اتساقا في الاستجابات وبفروق احصائية بسيطة (الطلاب ١٠٪) الآباء

---

* فالاساءة إلى سمعة العائلة مثلا والتي ركز عليها الآباء ٢٣٪ ، نجد أن نسبة الأبناء تصل الى ١٦٪ ثم تنخفض وبفروق نسبية واضحة لدى أعضاء الهيئة التدريسية الى ٩,١٠٪ ولا غرابة في ذلك فالآباء والأبناء ينتمون الى جماعات ثقافية تركز كثيرا على فكرة الأصل والمكانة ، ومازالت تعطي أهمية للسلوك الجمعي ، وأن ما يشين الفرد انما يمتد الى جماعته كنوع من « الوصمة » ، من هنا كان تركيزنا منذ البداية على انه ينبغي أن ننظر الى « الاساءة الى سمعة العائلة » ليس فقط بوصفها مشكلة أو نتيجة وجود مشكلة والاعتراف بها ، فضلا عن التردد الواضح عند اعلان الرغبة في العلاج أو حتى مجرد التقدم لاستشارة المسئولين في العيادة النفسية أو وحدة رعاية البالغين ومن ثم التخفي والتردد الى أن تزداد الحالة تفاقما ، وان فكر البعض في صحبة ابنائهم للعلاج من الخارج .

** لقد أكد مالباس مثلا Malpas وجود علاقة موجبة ودالة احصائية بين التحصيل الدراسي واتجاهات التلاميذ نحو الدراسة (وان كانت هناك دراسات أخرى مثل دراسة Goldfried ١٩٧٣ أكدت وجود علاقة غير دالة احصائيا بين التحصيل واتجاهات التلاميذ نحو الدراسة (١٤) .

١٤٪ المدرسون ١٣,١٪) وكذلك الحال فيما يتعلق بتدبير المال واستنزاف موارد الاسرة (الطلاب ١٥٪ ، والآباء ١٤٪ والمدرسون ١٤,٦٪) ... الخ .

وأيا كان الأمر فمما تجدر الاشارة اليه انه ينبغي ان ينظر الى هذه المشكلات نظرة شمولية من حيث الفهم والتفسير ، فالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية او التربوية أو القانونية والاخلاقية انما تشكل نسيجا واحدا متشابك الاجزاء ، تتفاعل جميعها وتتبادل التأثر والتأثير ، وقد يبدو احداها سببا أو نتيجة فانفاق المزيد من المال على المخدر قد يؤدي في نهاية المطاف الى التصرف في الممتلكات الشخصية أو العائلية واستنزاف موارد الاسرة وهذا بدوره كفيل باثارة الخلافات والمشكلات الأسرية ، كما أن التعاطي قد يؤدي الى الضبط والتوقيف في جريمة الادمان أو الاتجار ، وهذا قد يسيء الى سمعة العائلة .. هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فالادمان قد يؤدي الى ارتكاب الجرائم الاخلاقية (سنعود الى هذه النقطة بعد قليل) كالسرقة أو اللواط وقد يؤدي هذا بدوره الى الضبط أو التوقيف في جريمة وفي هذا اساءة الى سمعة العائلة ، الأمر الذى قد يترتب عليه افتقاد المورد المالي للمدمن وهكذا لا يمكن النظر الى احدى مكوناتها منفصلا عن المكونات الاخرى .

نعود مرة أخرى الى مناقشة علاقة الادمان بالجريمة وتلك اثارها اعضاء الهيئة التدريسية دون غيرهم من الفئات الاخرى وبنسبة بلغت ١٢,١٪ وان انحصرت تصوراتهم في السرقة والزنا وعلى الرغم من معقوليةهذا التفسير في نظرنا الا ان التساؤل عن وجود مثل هذه العلاقة السببية بين تعاطي المخدرات والجريمة مازالت مشكلة مليئة بالانفعال اكثر مما تشير الى حقائق محددة ، يقول د . سويف « في عرضه لتقرير لجنة تقصى الحقائق الكندية حول القنب » ان هناك علاقة بالمعنى الاحصائي وليس هناك ما يكشف عنن وجود علاقة سببية » ، وفى دراسة اجراها أودونيل ODonnell (١٩٧٦) ان التحليلات الاولية لا تساند الفكرة القائلة بأن الحشيش يقود للجريمة أو النشاط الاجرامي يقود للحشيش ، لكن تظل المشكلة ماثلة في الاذهان ، ومازلنا نسمع عن علاقة جوهرية بين التعاطي والجريمة وربما مرد **ذلك الى ان التعاطي يؤدي الى خفض التحكم في السلوك الاندفاعي (١٥)** * ،

* يتساءل د . سويف في مقاله هل الجريمة تعقب التعاطي كنتيجة مباشرة للتأثير الفارماكولوجي أم أن التتابع قد يأتي نتيجة للقهر الذي يقع على المتعاطي نتيجة لحالة الادمان .

وفي الحقيقة أن الطلاب قد أثاروا فيما أثاروه من مشكلات اضافوها بأنفسهم وبطريق غير مباشر مشكلة اللواط والبغاء كنتيجة للتعاطي والادمان ، وان كانت بنسب ضئيلة الا انها تعكس خطورة المشكلات المترتبة على التعاطي .

ثامنا : دور المدرسة في التصدي لمشكلة التعاطي :

لايستطيع احد ان ينكر دور المدرسة فى تكوين شخصية الطالب وفي امكان مساعدته لحل ما يعترضه من مشكلات ، بل اذا أردنا تأكيد مدى فاعلية المدرسة من خلال اعضاء هيئة التدريس ورواد الأسر والفصول والاخصائيين الاجتماعيين او من خلال مجموعة الاهداف والقيم التى تسعى الى تحقيقها لن نجد تعبيرا أوضح مما ذهب اليه Willon (١٩٦٤) في كتاب له بعنوان التعليم والتلقين (المبادىء والافكار) Education and Indoctrination انه من السهل على المعلم الذى يعتنق معتقدات ومبادىء معينة ان يصبغ تلاميذه بها ، ومن الممكن في حالة اعتناقه اياها بشده ان يعلمهم بها كما لو كانت حقائق ثابتة غير قابلة للجدل أو التغير ، ومن الممكن ان يدعم هذا التعليم ليس بالادلة المقبولة منطقيا بل بالايحاء العاطفي (١٦) .

فاذا تساءلنا عن مدى كفاية دور المدرسة فان استجابات أولياء الأمور فيما يتعلق بفعالية التصدى للمشكلة كانت سلبية إلى حد بعيد اذ يرى ٨١٪ أن المدرسة لا تمارس دورها فى مواجهة المشكلة ، ويضيف ٨٪ الى انهم لايدرون اذا كان دورها كافيا أم لا ، أما اولئك الذين يرون مدى كفاية دور المدرسة فلا تزيد نسبتهم عن ٩٪ ، واذا كانت الغالبية العظمى ٨١٪ ترى عدم كفاية دور المدرسة في التصدى لمشكلة التعاطي فان لها تبريراتها اذ ان التصدى للمشكلة يحتاج الى تعاون البيت والمدرسة (٣٢٪) وهذا بالطبع ليس متوافرا بالدرجة الكافية . وتضيف فئة ثانية قوامها ٢٨٪ ان المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة ، بينما تذهب نسبة ثالثة تشكل ١٧٪ ان المشكلة تخص الاسرة وحدها ولا تبرير لتدخل المدرسة أو المدرسين في مثل هذه الموضوعات ، وأيا كان الامر فان هذه الاستجابات انما تكشف عن وعي اولياء الامور بمشكلة التعاطي وقصور دور المدرسة في معالجتها وان التصدى لها ليس قاصرا على مؤسسة دون غيرها وانما ينبغى النظر اليها بشكل متكامل ومتعدد الابعاد .

هذا عن تصورات أولياء الأمور للمشكلة من خارج جدران المدرسة ، فاذا ناقشنا

تصورات أعضاء هيئة التدريس من رواد الأسر والفصول والاخصائيين اولئك الذين يعايشون المشكلة لأمكن القاء المزيد من الضوء على مدى فاعلية المؤسسة التعليمية في التصدى لها ، وفي البداية نذكر ان ٦٢,٥٪ لم يتجاوز دورهم العملية التعليمية أو الادوار الادارية المنوطه بهم ، وان ٣٠,٦٪ حاولوا التدخل ومواجهة مشكلة التعاطي وكانت لهم جهودهم الذاتية (والتى انحصرت في النصح والارشاد ، عقد ندوات للتوعية ، اخطار ادارة المدرسة ، الاتصال بولى الأمر ، التحويل على وحدة رعاية البالغين) . وقد بررت الغالبية والتى عزفت عن المشاركة في مواجهة المشكلة قصور دورهم بعدم جدوى المحاولة ٢٥,٣٪ او ان تناول مثل هذه القضايا ليس من صلاحياتهم ٦,٥٪ ، وذهبت نسبة مماثلة الى انقطاع مثل هؤلاء الطلاب عن الدراسة ومن ثم انعدام جدوى المحاولة ، بينما ذهب فريق آخر وبفروق احصائية بسيطة ان بيروقراطية الادارة وتمركز السلطة وصعوبة التعاون في تناول مثل هذه القضايا يحول دون مشاركتهم ، بل ان الادارة سلبية الى حد بعيد ١,٣٪ وتؤثر الابتعاد عن تلك المشكلات ، والغريب حقا ان تشير نسبة ٤,٥٪ الى عدم موافقة ولي الامر ، ٢,٦٪ الى عدم استجابة الآباء لمثل هذه التدخلات .

وربما يزداد الموقف تعقيدا اذا ادركنا ان ٧٥٪ من الطلاب لا يرون دورا للمدرسة (المدرسون او الاخصائيون) في حين أن ١٧٪ فقط هى التى ترى ان للمدرسة دور فيها وان كانت استجاباتهم تتسم بالسلبية الى حد بعيد فمن بين (١٦٠ حالة ويشكلون ١٧٪) يرى ٤٥٪ ان دور الاخصائي قاصر على التحويل الى رائد الفصل ، في حين ذهبت نسبة اخرى قوامها ١٧٪ الى توجيه النصيحة ، ١٣٪ الى توقع تبليغ اولياء الامور ، ٩٪ الى تبليغ ادارة المدرسة ونسبة مماثلة الى الصحة المدرسية . . الخ اى انهم في واقع الأمر لا يفعلون شيئا هاما سوى مجموعة من التحويلات او الاستجابات السلبية ، توضح عدم فاعلية دور اعضاء الهيئة التدريسية ، إنهم لايفعلون شيئا سوى تحريك المشكلة من شخص لآخر من الاخصائي الى الرائد الى المدير وأحيانا ولى الامر وقد ينتهى الامر بسلسلة من النصح والارشاد ، أما دراسة حالة المدمن وتقصى مشكلته والوقوف على ظروفه الاسرية وتاريخه الادماني ومدى احساسه بالمشكلة ورغبته الايجابية في العلاج فهي أمور قد لاترد كثيرا في الحسبان .

أما عن محدودية دور الاخصائي وعدم فاعليته فلا شك أن استجابات التلاميذ هي الفيصل في هذا الصدد ، وهذا ما أكدته الملاحظة الانثوجرافية اذ ان دوره ثانوي الى حد بعيد ولا يرجع هذا الى عدم حماسه للعمل او عدم تقديره لخطورة المشكلة وانما يعود بالدرجة الاولى الى عدد من العوامل لعل اهمها :

(١) ان جو المدرسة وطبيعة العلاقات السائدة بين الادارة وأعضاء هيئة التدريس على اختلاف انتماءاتهم العرقية وارتباط ذلك بامكانية المشاركة في اتخاذ القرار أو العمل الجمعي بغض النظر عن الانتماءات العرقية ، ومدى اتاحة الفرصة له للمبادرة الذاتية للتصدى للمشكلة . كل هذه تلعب دورا فاعلا في محدودية دوره وعدم فاعليته .

(٢) ان عامل الاصل والمكانة والخوف على سمعة العائلة في بعض الاحيان يجعله حذرا عندما يقترب من مثل هذه المشكلات ، وحتى فى حالة تصديه لها قد يتسم سلوكه بالسلبية او الصورية احيانا (مجرد تحويله الى رائد الفصل ، أو الى مدير المدرسة أو الوكيل أو وحدة رعاية البالغين أو حتى مجرد اخطار ولي الأمر بعدد من الظواهر المرتبطة كالغياب المستمر أو الهروب من المدرسة أو اثارة المشكلات . .) .

(٣) عجز الاخصائي الاجتماعي عن التأثير في الطلاب ومن ثم الوفاء بمسئولياته ، فهو لا يؤدي دورا فعالا نافعا بالنسبة للبعض منهم كالمدرس مثلا ، انه مجرد مساعد اداري يقوم باعداد الاحصائيات او الاشراف على الرحلات او متابعة المقصف المدرسي وتوزيع الارباح أو شراء الهدايا لتوزيعها على المتفوقين في النشاط العلمي او الرياضى ربما تبرز اهميته في اعداد قوائم الغياب بالنسبة لأولئك الذين اعتادوا الهروب من المدرسة . . وحتى هذه الممارسات قد تتم بطريقة صوريه اعتمادا على عدد محدود من التلاميذ ممن لديهم القدرة على المشاركة في مثل هذه الانشطة ، من هنا جاءت محدودية دوره وبالتالي انعدام تأثيره .

الفصل الثالث

الخلاصة

أولا : اتجاهات الطلاب نحو تعاطي المخدرات :

أفادت الملاحظة الاحصائية أن ادراك الطلاب للمواد المخدرة التقليدية كالحشيش والافيون والكوكايين والهيروين كان متقاربا وبفروق احصائية ضئيلة ، ثم تتدني بعد ذلك معرفتهم لمركبات الافيون كالمورفين والكودايين ثم حبوب الهلوسة ثم المنومات والمهدئات . ومن اللافت للنظر انهم (أى الطلاب) أضافوا ٤٢ مادة تفاوتت الاستجابات بشأنها (انظر جدول ٢) وهي في غالبيتها موادتخليقية قد يكون لها تأثير تخديري ، وقد حذرنا من التعامل معها بحذر شديد اذ اننا لم نتحقق بعد من درجة تأثيرها كمخدر . اما عن مصدر السماع عن تلك المخدرات فقد جاءت وسائل الاعلام في مقدمتها (الافلام ، المسلسلات) عن طريق التليفزيون والفيديو ٤٦٪ ، ثم الصحافة ٢٣٪ ثم الاصدقاء ١٣٪ ثم السفر للخارج ٩٪ . . . الخ .

كما أفادت ان ثمة ادراكا واضحا لمشكلة التعاطي سواء في مدارسهم أو في المدارس الأخرى ذهبت نسبة ٦٨٪ من طلاب المدارس الثانوية والاعدادية الى وجود مشكلة التعاطي في مدارسهم في حين ذهب ٢٨٪ من العينة الى انهم لايدرون اذا كانت هناك مشكلة ام لا ، ثم تتدني نسبة اولئك الذين يؤكدون عدم وجود المشكلة لتصل الى ٣٪ ، أما من حيث كيفية المعرفة فقد توزع افراد العينة الى ٣٧٪ امكنهم التعرف على وجود المشكلة من حديث زملائهم عنهم ، ونسبة مماثلة نتيجة لادراكهم للملامح الجسمية والنفسية للمتعاطين و١٠٪ من رؤيتهم المباشرة لهم ثم شكوى المدرسين ٧٪ . . . الخ .

أما عن مكان التعاطي فقد ذهبت ٥٧,٥٪ من عينة الطلاب الى تحديد مكان للتعاطي في حين رفضت بقية العينة تحديد مكان التعاطي . الا ان المحددين للمكان زعم ٤٣٪ منهم تقريبا بان التعاطي يتم خارج اسوار المدرسة ، في حين ذهب ١٢٪ الى التعاطي يتم داخل اسوار المدرسة وخارجها على حد سواء ، بينما اقتصرت نسبة ٢٪ الى ان التعاطي يتم فقط داخل أسوار المدرسة .

وبصفة عامة فان اولئك الذين ذهبوا الى ان التعاطي يتم داخل اسوار المدرسة حددوا (دورات المياه ، حول سور المدرسة ، الملاعب ، حجرة الفراش . . . حسب الفرصة

المتاحة) اما اولئك الذين ذهبوا الى ان التعاطي يتم خارج الاسوار فقد ذهبوا الى تحديد أماكن مثل البر والبحر وخارج البلاد وبالسيارة او في احد المنازل المتاحة .

وقد تناولت الدراسة المعرفة بالتعاطي في مدارس اخرى ، المدى والتصورات وقد أفادت استجاباتهم وجود الظاهرة ووضوحها وبفروق احصائية محدودة .

ومن ناحية أخرى كشفت المادة المعطاه أن هناك ٧٢٪ من افراد العينة لديها امكانية التمييز بين المتعاطين وغير المتعاطين ، بينما انكر ٢٥٪ قدرتهم على تمييز المتعاطي ، الأمر الذي يعكس ان هناك دراية بهذا الموضوع ورؤية مستمرة للمتعاطين للدرجة التي جعلتهم يألفون هذه السمات او الخصائص ومن ثم ادراكها وتمييزها وقد انحصرت هذه الملامح في الضعف والخمول وشحوب الوجه واحتقان العينين وزيغ البصر ، والتعب بعد أقل مجهود ، . . . فضلا عن الانطواء والعزلة والاكتئاب والعدوان والتدمير . . . الخ .

أما عن الاسباب الكامنة وراء التعاطي فقد أوضحت استجابات الطلاب وجود العديد من الاسباب سواء العامة أو الاجتماعية أو الاقتصادية أو التربوية . . . وان تباينت نسبتها واختلفت أهميتها .

ففي مقدمة الاسباب العامة جاءت الرغبة في التجريب ٣١٪ ثم الصحبة ٢٩٪ ثم وسائل الاعلام ١٩٪ فسهولة الحصول على المخدر .

أما الاسباب الاجتماعية فانحصرت في « الصحبة » وبنسبة دون سابقتها ١٥٪ ثم التدليل الزائد ١١٪ ، المشكلات بين الاب والام ١٠٪ ، الملل ١٠٪ ، القسوة الشديدة ٩٪ ، وفاة احد الوالدين أو كليهما ٨٪ ، الاحساس بالضياع . . . الخ .

ثم تأتي الاسباب الاقتصادية لتمثل أساسا في السعة المادية (الغنى) ٣٠٪ والفقر ٢٢,٥٪ ، ثم سهولة الحصول على المخدر ٢٣٪ أو الحصول عليه مجانا ٢٠٪ وأيا كان الامر فان السعة المادية والحصول عليه في سهولة ويسر أو مجانا تشكل ٧٣٪ الامر الذى ييسر عملية التعاطي والحصول على المخدر . .

والملاحظ تضافر وتكامل الاسباب المؤدية الى التعاطي ، فالاسباب العامة والاجتماعية والاقتصادية فضلا عن الصعوبات المدرسية تتفاعل معا وتشكل فيما بينها اطارا مهيئا لنشوء الظاهرة وكلما زادت هذه الاسباب حدة وتأثيرا اتسعت الظاهرة انتشارا وتفاقما .

فإذا انتقلنا الى المشكلات المترتبة على التعاطي كما يراها الطلاب فقد انحصرت في « تدهور صحة المتعاطي » فالاساءة الى سمعة العائلة « ثم » انفاق المزيد من المال لتمويل التعاطي فالانقطاع عن الدراسة فالتأخر الدراسي ثم الضبط والتوقيف في جريمة فالتقليد بين الاخوة والاقارب . . . وان اضاف الطلاب مشكلات على درجة عالية من الخطورة كاللواط والضياع وعدوى الادمان . . . الخ .

وفي نطاق دور المدرسة في التصدي لمشكلة التعاطي كشفت الدراسة عن فقدان دور الاخصائي الاجتماعي في بعض الاحيان ، انه اشبه بالطبيب الذي يجد المرض ولكنه عاجز عن التشخيص ولا يرجع عجزه لعدم حماسه لعمله أو تقديره لخطورة المشكلة . . وانما يعود وبالدرجة الاولى للمصاحبات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالمشكلة ، فالتلميذ رغم احساسه بالمشكلة ورؤية الاخصائي الاجتماعي له وتأكده من الانغماس في التعاطي والتورط فيه ، فان الاخصائي لايجرؤ في كثير من الاحيان على الاتصال بأولياء الامور ليس فقط لاعلامهم بالمشكلة وانما ايضا لدراسة الظروف الاسرية التي قد تكون سببا في التعاطي ، انه والتلميذ في آن واحد يدركان تماما ان مجرد المحاولة قد يسيء بسمعة العائلة .

ثانيا : اتجاهات الآباء نحو مشكلة التعاطي :

كشفت الملاحظة الاحصائية عن ادراك اكثر وضوحا من الابناء بوجود هذه المشكلة بين الشباب في قطر عموما اذ بلغت نسبة المدركين للظاهرة ٨٠٪ بينما لم تزد نسبة من اكد عدم وجودها عن ٩٪ . أما عن كيفية المعرفة بوجود المشكلة بين الطلاب في المدارس فقد اوضح الآباء ان « احاديث المجالس » تمثل القناة الرئيسية التي يمكن من خلالها اثارة الكثير من المشكلات في المجتمع وبلغت نسبة هؤلاء ٥٥٪ ، وقد تلت هذه النسبة فئة اخرى تلك التي أوضحت ان معرفتهم تمت عن طريق « أولياء أمور آخرين » وقد يتم هذا في المجالس ايضا أو في مجالات العمل . . . وبلغت نسبتهم ٢٣٪ من الاستجابات وكان بديهيا اذا كان ثمة شيوع للظاهرة في المدارس ان تلعب مجالس الاباء دورا رئيسيا في المعرفة ، الا ان الملاحظة الاحصائية كشفت عن تضاؤل دور مجالس الاباء والمنوط به اثارة مثل هذه القضايا فقد تدنت الاستجابات لتصل الى ١١٪ ، والتي ينعدم الاقبال عليها في اثارة وعي الآباء بمثل هذه القضايا .

كما أفادت المادة المعطاه عن وجود نسبة متقاربة ٧٠٪ لنسبة الابناء (٧٢٪) لديها القدرة على تحديد ملامح للتعاطي ، وفي حدود النسبة التي اكدت امكانية ذلك تفاوتت الاستجابات

وان انحصرت في « الضعف والخمول وشحوب الوجه » واحتقان العينين وزيغ البصر والانطواء والعزلة وقلة الحركة وبطء التفكير ثم سرعة التعب والكذب والسرقة واثارة المشكلات . . . الخ .

كما أكد الاباء تأثير التعاطي على التحصيل الدراسي ومن اللافت للنظر ارتفاع نسبة الاستجابات الى ٩٠٪ حيث اكدت هذه النسبة الغالبة صدق هذا الافتراض وذهبت العينة الى ان مظاهر هذا التأثير يتمثل فى تكرار مرات الرسوب بنسبة ٤٤٪ ثم انخفاض التقديرات ٣١٪ ، تكرار اخطار المدرسة ١٧٪ ، التزوير في الدرجات ٧٪ .

اما عن اسباب التعاطي من وجهة نظر الآباء ، فقد انحصرت في غالبيتها في اتجاههم نحو سبب رئيسى واحد من وجهة نظرهم رغم ورود أربعة أسباب عامة ، هو سهولة الحصول على المخدر ٩١٪ ، اما الذين عددوا اسبابا اخرى لم تزد نسبتهم عن ٩٪ ، ان ثمة اختلافا واضحا بين الاباء والابناء الذين انحصرت اسبابهم في الرغبة في التجريب ثم الصحبة ثم وسائل الاعلام ثم سهولة الحصول على المخدر وقد جاء في المرتبة الرابعة وبنسبة لاتزيد عن ١٦٪ ، ويبدو ان السبب في اختلاف الرؤيا مرده الى الوسط او المناخ الذى يتعامل من خلاله الاباء والابناء ، فاعتقاد الاباء مرده لكونهم ملاحظين للظاهرة من الخارج وربما عن بعد أما الطلاب فلهم رؤيتهم الذاتية المستمدة اساسا من تفاعلاتهم مع الاخرين ممن يتعاطون ، غير ان هذا لايعني صدق رؤية طرف بالنسبة للآخر وإنما نحن بصدد رؤية متباينة لجيلين مختلفين لنفس الظاهرة .

اما عن الاسباب الاجتماعية للتعاطي من وجهة نظر الاباء فقد انحصرت في التدليل الزائد من احد الوالدين ١٧٪ ، يلى ذلك المشكلات المستمرة بين الابن والام ١٥٪ ثم افتقاد القدوة الحسنة ١٤٪ وعدم القدرة على شغل وقت الفراغ ١٤٪ ، القسوة الشديدة ١١٪ ، فالاقامة مع زوجة الاب او زوج الام ٦٪ . . . الخ .

ثم يلي ذلك الاسباب الاقتصادية والتى انحصرت في سهولة الحصول على المخدر (كان السبب الاكثر شيوعا في الاسباب العامة) ٢٨٪ ، ثم الغني أو السعة المادية ٣٥٪ ، ثم الفقر والرغبة في المغامرة من اجل الحصول على مزيد من المال ٢٦٪ ، فاذا انتقلنا الى الاسباب التربوية فقد ركز الاباء على عدم الميل للدراسة ٤٠٪ ثم يليه وبفارق نسبي بسيط الفشل الدراسي ٢٧٪ ثم تأتي بعد ذلك اسباب اخرى لعل اهمها عدم ملاءمة المناخ الدراسي ١٦٪ ثم صعوبة المقررات . . . الخ .

فاذا انتقلنا الى طبيعة المشكلات المترتبة على التعاطي من وجهة نظر الاباء لوجدنا ان استجابتهم لا تخرج كثيرا عما ذهب اليه الابناء او رواد الاسر والفصول وان جاءت في مقدمة المشكلات « التأخر الدراسي » والانقطاع عن الدراسة ، ثم الاساءة الى سمعة العائلة ثم يلي ذلك وبفروق احصائية واضحة الضبط والتوقيف في جريمة ، ثم التقليد بين الاخوة .... الخ ، وأيا كان الأمر فان المشكلات تتضافر وتتداخل وقد يؤدي بعضها الى البعض الآخر وتتسم بالشمولية اي تتناول الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والقانونية ، انها تخرج عن دائرة الفرد الى الجماعة القرابية التي تنتمي اليها .

وينتهي الاباء الى عدم كفاية دور المدرسة في التصدي للمشكلة ٨١٪ ان انحصرت تبريراتهم في ضرورة تعاون المدرسة والبيت ٣٢٪ وهذا من المتعذر حدوثه ، في حين افضى اخرون الى ان المشكلة لها ابعاد متعددة ومعقدة ٢٢٪ ، بينما ذهب آخرون الى عدم كفاية الامكانات للتصدي للمشكلة ، بيد ان هناك آخرون يرون ان المشكلة يجب ان تظل بعيدا عن المدرسة وان تنحصر في نطاق الاسرة ١٧٪ .

ثالثا : اتجاهات رواد الاسر والفصول والاخصائيين نحو التعاطي :

واذا كان ادراك الظاهرة والوعي بها عند الآباء واضحا الى حد كبير اذ ذهب ٨٠٪ الى تأكيدها والاعتراف بها ، في حين ذهب الابناء ٦٨٪ اي بفروق احصائية واضحة الى تأكيد وجود الظاهرة فان استجابات هيئة التدريس والاخصائيين جاءت محدودة الى حد بعيد اذا ماقورنت باستجابات الاباء أو الأبناء ، لقد آثر ٤٩٪ الامتناع عن الاجابة عن التساؤل الخاص بوجود ظاهرة التعاطي بالمدرسة وتلك نسبة بالغة الارتفاع وذلك مرده كما ادرك الباحثون الى الخوف والشك والريبة وخشية التورط والخوض في مثل هذه الموضوعات . لقد بدا احجامهم واضحا حين اردنا توضيح تقديراتهم التقريبية لحالات التعاطي بالمدرسة اذ امتنع ٦٢,٥٪ عن الاجابة للاسباب التي اشرنا اليها ، لكن ما يهمنا ان ٣٧,٥٪ قدموا تقديراتهم في هذا الصدد وهذا ان دل على شيء انما يدل على وجود الظاهرة وانتشارها الى حد بعيد .

فإذا انتقلنا الى الملامح الجسمية والنفسية والاجتماعية والسلوكية لوجدنا الموقف يتكرر مرة اخرى ، بينما ذهب ٧٢٪ من الطلاب الى امكانية التمييز بين هذه الملامح ، ٧٠٪ من الآباء الى سهولة التمييز بين المتعاطين وغير المتعاطين ، تنخفض النسبة الى ٣٩٪ لدى المدرسين والاخصائيين وهذا مؤشر بالغ الاهمية ، ان ملاحظتهم لمثل هذه الظواهر أمر ميسور بل ومتاح الى حد بعيد ، بل ان خبراتهم وقدراتهم ، بل وفترة اقامتهم في هذه المدارس تمكنهم من

ملاحظة هذه السمات ، وليس هناك تبرير عقلاني لانخفاض معدلات القادرين منهم على التمييز وهذا الموقف السلبي سوى الخوف والتحفظ والتردد كما سبق ان أشرنا او الى رغبة البعض منهم الى عدم التسرع في الحكم على المتعاطين .

اما عن **الاسباب المؤدية للتعاطي** فقد جاءت استجابات المدرسين متسقة مع استجابات الطلاب من حيث نوعياتها وقد انحصرت في الصحبة اولا ثم الرغبة في التجريب ثانيا (فضلا عن اسباب اخرى) وان اختلفت في الترتيب وبغير فروق احصائية تذكر على عكس الاباء الذين ركزوا كما سبق الاشارة الى سهولة الحصول على المخدر ، **وليس ثمة تبرير لهذه النتيجة الا ان الطلاب والاساتذة انما يشاركون في نفس المناخ بل ويشاركون الى حد ما في مجال للتفاعل مشترك من هنا كانت رؤيتهم مغايرة لأولياء الامور الذين وعلى الرغم من تواجدهم سلبا او ايجابا في البناء الاسرى يقومون بدور الملاحظ الخارجي ومن ثم غاب عنهم كيف تؤثر الصحبة او تلعب الرغبة في التجريب دورا فاعلا .**

فاذا انتقلنا الى **المشكلات المترتبة على التعاطي** لوجدنا ان هناك اجماعا يمثل ٨٦,٨٪ من العينة على ان التعاطي يؤدي حتما الى التأخر الدراسى ٤٣,١٪ والانقطاع عن الدراسة ٢٩,٣٪ وفقدان الفرصة التعليمية ١٤,٤٪ . وتلك نسبة مرتفعة اذا قورنت برؤية الاباء في هذا الصدد والتى لم تتجاوز نسبتهم ٣٧٪ ، واتجاهات الابناء ٢٧٪ ، ولاشك ان هذا التباين الواضح مرده الى ان اعضاء الهيئة التدريسية ومن واقع خبرتهم الطويلة يدركون ان المتعاطين سرعان مايفقدون الاهتمام بالدراسة وقد يؤدي هذا الى تأخرهم الدراسى وبالتالي فقدان الفرصة التعليمية ، وأيا كان الامر فان رؤية اعضاء هيئة التدريس اكثر شمولا واكثر علما بما يتصل بعملهم من الفئتين الاخريين . والجدير بالذكر ان اعضاء هيئة التدريس قد انفردوا بالاشارة الى ان التعاطي يؤدي الى ارتكاب الجرائم (١٢,١٪) وان انحصرت تصوراتهم في السرقة والزنا ، وعلى الرغم من معقولية هذا التفسير ، **الا ان التساؤل عن وجود علاقة سببية بين تعاطي المخدرات والجريمة مازالت قيد البحث .**

ولا نستطيع ان نقف في تحليلنا عند هذا الحد دون ان نعرض لدور اعضاء الهيئة التدريسية للحد من تفاقم المشكلة .

اجمع الطلاب ٧٥٪ وأولياء الأمور ٨١٪ على عدم كفاية دور المدرسة في التصدي للمشكلة ولكل تبريراته التي سبق الاشارة اليها تفصيلا خلال هذا التقرير ، الا انه من الملائم هنا ان نعرض لاستجابات اعضاء هيئة التدريس للتساؤل المرتبط بمحاولتهم التدخل للحد من انتشار

التعاطي بين الطلاب . وتفيد الملاحظة الاحصائية أن ٣٠,٦٪ من رواد الاسر والفصول والاخصائيين كانت لهم محاولاتهم الذاتية في حين نفت ٦٢,٥٪ تصديها لمواجهة المشكلة وبررت تلك الاخيرة تقاعسها بعدم جدوى المحاولة او ان التدخل ليس من صلاحياتهم ، أو أن الطلاب ينقطعون عادة عن المدرسة ، أو عدم استجابة المتعاطين ، أو عدم وجود تيسيرات كافية لعقد الندوات للتوعية والارشاد ، بل ذهبت نسبة وان تضاءلت الى عدم استجابة اولياء الأمور .

أما أولئك الذين تصدوا للمشكلة فكانت لهم اجراءاتهم التي اتخذوها للحد من تفاقم المشكلة والتى تمثلت في النصح والارشاد وشرح الاضرار الناتجة عن الادمان في حين ذهب آخرون الى أن دورهم توقف عند مجرد اخطار ادارة المدرسة ، وذهبت فئة مماثلة الى انهم اتصلوا بأولياء امورهم لتبصيرهم بحالة ابنائهم ، في حين ذهب البعض الى أن دورهم انحصر في مجرد تحويلهم الى وحدة رعاية البالغين . . . الخ .



الفصل الرابع

التقرير الثاني

دراسة الحالة

Case Study



مقدمـــــة :

تعتبر دراسة الحالة إحدى الوسائل المنهجية(*) لجمع المادة وهي تركز أساسا على موقف شمولي بالنسبة للفرد ، بحيث تمكننا من تتبع الاحداث المرتبطة بالسلوك وترتبط أساسا باختيار حالات معينة ودراستها بطريقة مركزة ، مجرد تتبع الاحداث التي تقع في حياة الفرد منذ ولادته ، وعادة ما يحاول الباحث الوقوف عند الاحداث وثيقة الصلة بموضوع بحثه[1] ، بل يمكن القول أنها وسيلة أسياسية لعبت دورا هاما وأفادت ـ كما سوف نرى بعد قليل ـ في جمع مادة اثنوجرافية عن الظروف والملابسات الاجتماعية والاقتصادية للمتعاطي ، أسلوب التنشئة الاجتماعية ، السلطة الوالدية ، العلاقات الأسرية ، التكيف والتوافق الأسري ، التاريخ الادماني ، مدى احساس المدمن بالمشكلة .... الخ .

ولاشك أننا ونحن بصدد استخدام دراسة الحالة اعتمدنا على تاريخ الحياة Life History ، حيث استهدفنا أساسا تقصى ملابسات دورة حياة الفرد واكتسابه لخصائص سلوكية ، والحوادث التي عايشها ، وخبراته واتجهاته ... الخ .

وإذا كان هناك اعتراض على دراسة الحالة يتمثل هنا في عدم القدرة على مراجعة أسلوب التنشئة أو العلاقات الأسرية أو التكيف أو التوافق الأسري ... واخضاعها للملاحظة الموضوعية ، إلا أنه تجدر الاشارة اننا في محاولتنا تلك نستهدف البحث عن ممارسات التنشئة الاجتماعية وطبيعة العلاقات الأسرية أكثر من كوننا نبحث عن الزيف واليقين ... بيد أن هناك نقدا آخر أن هذه الوسيلة أو الأداة المنهجية تفتقر إلى التمثيل Representation ، إي مدى تمثيلها لجميع مفردات المدمنين ولكن في الحقيقية أن الحالات التي أجريت لها دراسة حالة كانت كافية إلى حد ما ، فالغرض هو الكشف عن العوامل الاجتماعية التي تكمن وراء الظاهرة ، وقد أمكننا الوصول إليها من خلال معالجتنا لهذه الحالات العشر .

وعلى الرغم من أوجه النقد هذه فإننا نعتبر دراسة الحالة بمثابة وسيلة توضيحية أمدتنا بمادة استكشافية ، بل ألقت الضوء على الخصائص والملامح الفردية التي ندرسها كما سوف نرى .

★ هناك خلاف منهجي حول اعتبار دراسة الحالة Case Study منهج أو أداة لجمع المادة .

الخصائص العامة للحالات :

الجنسية	السن	المستوى التعليمي	الترتيب بين الاخوة	الحالة الاجتماعية	وجود الاب أو غيابه	وجود الأم أو غيابها	عدد مرات الزواج للأب	عدد مرات الزواج للأم	المقيمون في الوحدة المعيشية
قطري	٣٥	أولى اعدادي (لم يتم)	الأصغر	لم يتزوج	موجود	موجودة	ثلاث مرات	مرة	المدمن+ والدته فقط
"	٢٢	ثانية أعدادي (لم يتم)	الأصغر	"	غير موجود	"	اثنتان	مـــرة	المدمن+ الأم+ ٦ أخوة واخوات
"	٢٤	أولى اعدادي (تم)	السابع	"	موجـــود	"	مـــرة	مرتان	المدمن+ الأب+ الأم+ الاخوة والاخوات (أخ مطلق)
"	٢٢	الخامس ابتدائي (لم يتم)	الســادس	"	غير موجود (متوفي)	"	مـــرة	مـــرة	المدمن+ الأم+ أخوته+ اخت مطلقة واولادها
"	٢٦	ثانوية عامة	وحيد الام والاب	متزوج وله ولد حامل	"	"	"	"	المدمن+ الأم+ الاخوة (اخ متزوج+ اخت متزوجة واس)
"	٢٥	ثانوية عامة + هندسة الكترونية (لم يتم)	الثاني (الاكبر في الذكور)	متزوج وله ثلاثة اولاد	"	غير موجود	اربع مرات	مرتان	المدمن+ الزوجة والاولاد فقط
"	٢٠	السادس الابتدائي (تم)	الاكـــبر	متزوج وله ولدان وبنت	موجود	موجودة	ثلاث مرات	مـــرة	المدمن+ الزوجة والابناء فقط
"	٢٨	الرابع الابتدائي (لم يتم)	الاصغر	لم يتزوج	موجود	موجودة	مرتين	مرة	المدمن+ الاب+ الام+ الاخوة والاخوات
"	٢٢	الثاني الثانوي (اتم)	الثالث	لم يتزوج	موجود	موجودة	مرتين	مرة	المدمن+ الاب+ الام+ الاخوة والاخوات
"	٢٨	الاول الثانوي الفني (لم يتم)	الخامس (الاصغر)	متزوج ولم ينجب	موجود	غير موجودة (وفاه)	مـــرة	مـــرة	المدمن+ الزوجة+ الاب والاخوة

وكما هو واضح في الحالات العشر أن أعمارهم تتراوح بين ٢٢ و ٣٥ عاما بمتوسط عمري ٢٨ عاما ، وأن المستوى التعليمي لهذه الحالات يتراوح بين المرحلة الابتدائية (ثلاث حالات) والمرحلة الاعدادية (ثلاث حالات) والمرحلة الثانوية (حالتان أتمتا + حالتان لم يتم) .

ومما تجدر الاشارة إليه أن غالبية هذه الحالات العشر قد تسربت في احدى المراحل التعليمية ٨٠٪ إذ لا توجد سوى حالتان فقط أتمتا الثانوية العامة ، في حين تركت بقية الحالات التعليم دون الانتهاء من المرحلة التعليمية .

وجاء ترتيب المدمن بين الاخــوة في الحالات العشر على النحو التالي :

الأصغر في أربع حالات بين الأخوة والاخوات والاكبر في حالة واحدة ، ووحيد الابوين في أخرى في حين جاء ترتيب المدمن في بقية الحالات الأكبر بين الذكور والثاني في ترتيب الأخوة والأخوات ، وفي حالات أخرى الثالث والسادس والسابع .

أما عن الحالة الاجتماعية : ست حالات لم تتزوج أبدا (أعـزب) ، وفي حالـة متزوج ولا يعول ، في حين ثلاث حالات من المتزوجين ولديهم ابناء .

أما عن وجود الأب والام فقد أشارت ست حالات بوجود الأب ، وثمان حالات بوجود الأم ، في حين ذهبت ثلاث حالات بعدم وجود الأب لوفاته ، وحالة واحدة بعدم وجود الأم لوفاتها ، وذكرت احدى الحالات عن عدم وجود الأب وغيابه دون توضيح يذكر وذكرت حالة أخرى بعدم وجود الأم في الوحدة المعيشية .

أما عن تعدد الزوجات بالنسبة للأب فقد كشفت دراسة الحالة عن أن ٦٠٪ من أباء المدمنين قد مارسوا التعدد ، حالتان ثلاثة زيجات ، ثلاث حالات زيجتان وحالة واحدة أربع زيجات ، في حين بلغت نسبة أولئك الذين لم يمارسوا التعدد ٤٠٪ (أربع حالات) .

أما بالنسبة للأم فقد جاءت معظم الحالات ٨٠٪ (٨ حالات) لم تتزوج الأم سوى مرة واحدة في حين وجدت حالتان فقط تزوجت الأم مرتين وكلاهما بعد الانفصال (الطلاق) من الزيجة الأولى .

أما عن وجود الأب أو غيابه عن الوحدة المعيشية Household فتفيد المادة المعطاه عن تواجده في أربع حالات فقط ، فإذا استبعدت حالات الوفاة (ثلاثة) لوجدنا أن هناك ثلاث حالات

لا يقيم فيها الأب مع ابنائه وربما مرد ذلك لوجود اكثر من زوجة أو لوجود نوع من الانفصال في المعيشة أو الاستقلال عن العائلة .

وسوف نحاول فيما يلي أن نعرض لـ :

أولا : طبيعة العلاقات الأسرية (علاقة المدمن بالأب أو الأم) ، والعلاقات بالاخوة والاخوات .

ثانيا : مدى التكيف أو التوافق الأسرى .

ثالثا : العلاقات بالأصدقاء

رابعا : الحالة الصحية والمزاجية .

خامسا : التاريخ الادماني (بداية التعاطي ، الاعتماد على مخدر أو أكثر ، تأثير غياب المخدر ، تدبير نفقات المخدر ومصادر الحصول عليه ، طريقة التعاطي) .

سادسا : الشعور الذاتي بالمشكلة .

في محاولة لالقاء الضوء على العوامل الاجتماعية التي ساهمت في تعاطي المخدرات ونحن لن نصادر منذ البداية فنحاول البرهنة على أن تعاطي المخدرات ظاهرة اجتماعية بحتة وإن كنا نميل الى القول بأن الادمان نتاج عوامل اجتماعية سيكولوجية فسيولوجية ، وحتى إذا سلمنا بالرأي القائل بأن الادمان اضطراب في السلوك أو تحول الى نوع من السلوك غير السوي ، فإن هذا قد يعطينا المشروعية في البحث عن العوامل الاجتماعية التي أدت إلى هذا الاضطراب أو هذا النوع من السلوك ، وربما كانت معالجتنا هذه تهدف الى تحقيق هذا الغرض :

أولا : طبيعة العلاقات الأسرية :

(أ) العلاقة بين الأب والابن :

في جميع الحالات لم يكن الأب مثلا أعلى ، بل ان العلاقة كثيرا ما تتسم بالسطحية ، مجرد علاقة عادية ، الدعم العاطفي محدود ، تبادل الرأي والمشورة نادر ، النصح والارشاد في أضيق نطاق . . . الخ باستثناء حالة واحدة ذهبت إلى أن العلاقة بالأب قوية مشوبة بالمشاعر الطيبة ، وإن كانت جميع الحالات ترى انعدام التفاعل المستمر بل وغياب الأب عن مجال التفاعل يقول أحدهم « لا نراه إلا نادرا لكثرة مشاغله وتعدد زوجاته » ، ويقول آخر « لا أراه إلا نادرا متزوج من الكويت منذ عشرة سنوات مرة كل شهر أو شهرين » ، ويقول ثالث « أبي كان عصبيا تنتابه حالة اهتياج يذهب للعلاج في مصر وشيراز ، أتجنبه ولا أتبادل معه الرأي والمشورة ، أحاول ارضائه وأتحاشي مضايقته . . . » .

أما عن الثواب والعقاب والقيود على الحرية الشخصية فقد انقسمت الآراء والاتجاهات ، والبعض يرى أن ليس هناك قيود على الاطلاق ، بل ليس هناك اثابة أو عقاب ، فتور في العلاقة والاستجابة للرغبات محدودة وفي أضيق نطاق نظرا لتعدد زوجاته وكثرة مشاغله « متساهل دائما قلما أقابله وحتى إذا غبت عن البيت لا يحس بغيابي » ويقول ثالث « لا ثواب وعقاب ولا تأنيب ولا حرمان كل في حاله . . . » .

في حين يذهب فريق آخر الى أن اهتمام الأب كان محدودا لا يستشعر وجوده إلا إذا أخطأ ، يعاقبه دوما لاتفه الاسباب ، كما يتسم عقابه بالقسوة يقول أحدهم « كان قاسيا في معاملتي عندما يستشعر خطأ في تصرفاتي ، يربطني في الحائط أو يتركني في الشمس ، يحرمني من النقود ومن الذهاب الى البحر » . ويقول آخر (الاكبر من الذكور والثاني للاناث) « يعاقبني دوما حتى أكون عبرة للآخرين والعقاب البدني محجوز من الصباح في غرفة أو مربوط في شجرة . . . » .

وتكاد تجمع الحالات على تفضيل الأم على الأب باستثناء حالة واحدة ولهم في ذلك مبررات تنحصر في :

(١) غيابه عن البيت لانشغاله وتعدد زوجاته .
(٢) حالة الأب النفسية أو المزاجية تحول دون تأثيره .
(٣) سلبية الأب أو غيابه أعطى الأم حرية التصرف وحق اتخاذ القرار ، من هنا كان دور الأب محدودا ، فاذا ما أثيرت مشكلة فان الابن سرعان ما يعرضها على أمه أو أخيه يقول أحدهم « عندما يكون عندي مشكلة أعرضها على والدتي أو أخي العود أو الأصغر فانا احبه أكثر من الآخرين أنه أقرب إلى نفسي ،عندما ادمنت وطلبت المال كان يعطيني . . . » ويقول آخر « كان والدي يستحى أن يرشدني ، لما أخذت سيارة أخي اغتاظ وحاول ضربي بالحديدة لعدم وجود رخصة عندي ، وحاولت أمي أن تهديه ، الوالدة شوية حارة . . » . ويقول ثالث « كان عنده جبروت يعاقب في أي وقت ويغضب في أي وقت . . . » .

(ب) العلاقة بين الأم والابن :

تكشف دراسة الحالة عن دور متميز للأم ، وربما مرد ذلك لغياب الاب كما سبق أن أسلفنا لفترات قد تطول أو تقصر ، وأيا كان الأمر فان الغالبية من الحالات تفضل الأم عن الاب نظرا

لدورها في الدعم المادي والعاطفي المستمر والاستجابة دوما للرغبات .

« دائما تعطيني نقود ، تأخذني للسوق وتشتري لي « سيكل » أو « ساعة » عندما كنت مدمن هيرويين ، ابر ابغي فلوس تنصح وتعطي » . . . « تحاول الاستجابة لكل رغباتي ، عارفة ظروفي كانت تبادر بمفاتحتي لاعطائي نقود قسط سيارة حق الرحلة ، حق المصرف ، كل مرة ٥٠ ، ١٠٠ » « دايما تخاف عليّ وتقول أنا حلمانه فيك . . . . كنت استبد برأيي وكانت تستجيب لي مجرد أعمل نفسي زعلان تأتي لترضيني ، أقول لها أنت بخيلة تحط في خاطرها وتيجي تراضيني » .

وتكشف دراسة الحالة عن وجود نوع من العاطفة القوية تجاه الابناء وانعدام الخوف منها وتساهلها في المعاملة . . يقول أحدهم « لم أتهاوش معها إلا مرة واحدة عندما يأتي أحد من الربع وترفض الاعلان عن وجودي » ، ويقول آخر « أنا لا أخاف منها لم تقسو عليّ ، مرة طردتني كنت متهاوش مع أخي بسبب الهيروين اخذه من الكبت وأنا نايم طردتني ذهبت إلى بيت عمي وبعد ١٠ دقائق حضرت وأخذتني وحاولت ترضيني » . ويبدو التساهل في المعاملة حتى في أشد حالات التسيب « المبيت خارج البيت » كنت أبيت خارج البيت مجرد أخبرها أني كنت عند عمتي انتهى الأمر . . . عمتي مريضة ولا تغادر حجرتها وأنا مع أولادها في المجلس . . عمتي لا تحس بشيء » .

(ج) العلاقة بين الأخوة والاخوات :

يمكن القول أن طبيعة العلاقات بين الاخوة تسير في الاتجاهات التالية :

(١) علاقات ودية بين الأخوة وخاصة بين أولئك الذين يتعاطون نفس المخدر :

« اخوتي الذكور مدمنين ، الكبير يشرب الخمر ويتعاطي الحشيش والأصغر يتعاطى الحشيش والهيروين ، وأنا أتعاطى الهيروين والحشيش والحبوب والابر . . . ابتعد عن الاكبر لأنه لا يتعاطى الهيروين والابر ، أما أخي (ع) و (س) وأنا فيه صحبة قوية بيننا لأننا نتعاطى الهيروين ، الكبير ما يقعد معانا إلا إذا كان معانا حشيش . . . ممكن يفضل ابن عمتي لانه يستخدم حشيش مثله . . . » .

(٢) علاقات ودية مع أولئك الذين يقدمون الدعم المادي والمعنوي باستمرار :

« إذا احتجت أروح حق اختي المتزوجة ممكن تعطي ٣٠٠ ، ٢٠٠ ، ١٠٠ ، أحكي

دايما لاخي الاصغر ، أعمل معاه هواش لكن دايما مع بعض يعطيني ابرة وأعطيه ابرة » .

ويقول آخر : « أفضل أخواتي الاناث . . . متزوجة وعمرها ٢٣ سنة ، ما قصرت في أي شيء أبغي منها ، ما ترد لي طلب أي شيء تعطيني » .

ويقول ثالث : « لو احتجت شيء أروح حق الوالدة ثم اختي المتزوجة ثم اخي الاكبر ماسك شوي ، كان قبل ما يتزوج يراعيني ويصحبني للملعب ويسليني ويصرف عليّ . . . » .

(٣) العلاقات تتسم بالنفور والفتور إذا ما بدا في الافق تعارض في الرغبات والمصالح المرتبطة بالادمان وتمويله وتجمعات المدمنين ، تميل للعزلة مع صغار السن من الذكور والاناث أو مع الاخوة غير الاشقاء .

« أحيانا يصير حساسية بيني وبين أي واحد منهم إذا منعني من أي شيء » « لي أخوة من الوالد ثلاثة ذكور واثنين من الاناث لم ازورهم من خمس شهور » .

(٤) مناقشة المشكلات التي يصادفها المدمن (الحصول على المخدر ، المال . . .) مع الأخوة من الذكور خاصة المدمنين ، مع الأم خاصة اذا تعلقت بمشكلة التمويل للحصول على المخدر ، وقد ذكرت سبع حالات Cases أنها لا تناقش مثل هذه المشكلات مع الاباء على الاطلاق . اذا كان عندي مشكلة أقولها حق الوالدة ثم أخي الاكبر أقرب أخوتي الى قلبي رضيعتي . . . ما قصرت » .

(٥) قضاء وقت الفراغ قسمة مشتركة بين الأخوة خاصة المدمنين منهم والاصدقاء وغالبا ما يشاركون في رحلات البر والبحر ومشاهدة افلام الفيديو وقد يتجمعون في القهوة أو في بيت خال .

« أروح البر كشته مع الربع وأخي الاصغر » ، « نتجمع في بيت عمتي ، بيت خالي ، لأن العمة مريضة بالقلب والشلل والبنت اتجوزت » .

ثانيا : التكييف أو التوافق الأسري ، العلاقة بين الاب والأم :

أجمعت سبع حالات عن سوء التوافق بين الأب والأم ، واتسمت العلاقة بسمات أو خصائص معينة وإن تباينت فيما بينها الى حد كبير لتكشف عن نوع ما من سوء التوافق أو التفكك الأسري :

(١) ادمان الأب في حالات أربعة حال دون قيام علاقات ودية مع الأم ، الغياب لفترات طويلة ولساعات متأخرة ، الانصراف الى « الربع » أي جماعة الاصدقاء والتردد على المقاهي وبالتالي استنزاف جزء كبير من الدخل لتوفير المخدر ، الأمر الذي ترتب عليه وجود نوع من الشجار والعراك المستمر ، وانعدام الاحترام بين الطرفين ، « الأب يتردد على ربعه مدمن حشيش وخمر ، أثر عليه ، أصيب بالربو ، طاح مريض ، كان يجيء الخمر والحشيش في السيارة وفي الكبت . . . أخي العود وأمي رفضوا دخول أي واحد البيت . . » .

(٢) العلاقة تتسم بعدم الثقة والغيرة وبالتالي كثرة المشاجرات والتي ترتب عليها الانفصال في احدى الحالات . « كثرت المشاجرات في الايام الاخيرة بسبب الغيرة بين الطرفين ، الأب يغير على الأم والأم تغير على الأب ، حتى زواج البنت تم برغبة الأم لأنها كانت منفصلة وما زال الأب رافض لهذه الزيجة » .

(٣) السلبية واللامبالاة بين الزوجين والتي ترتبت على التعدد (٦ حالات) ! من ناحية والادمان المستمر من ناحية أخرى ، وفروق في السن تجاوزت في احدى الحالات ٣٥ عاما الأمر الذي ترتب عليه انعدام التجانس أو التوافق بينهما .

« لا تهتم به ولا يهتم بها ، إهمال كلي ليس هناك مجال أكثر من السلام » ويقول آخر « علاقة سلبية للغاية كل واحد عايش في دنيا لوحده بعيدا عن الآخر » ، ويقول ثالث : « كان أبي أكبر من أمي بأكثر من ٣٥ عاما ، القرار من جانب واحد ، متسلط قررت أمي الهجران بعد كبر الأولاد ، حياتها خشنة قاسية ، فيها اكراه ، اللوم مستمر لأهلها . . . » .

(٤) التسلط والسيطرة وحرية اتخاذ القرار من جانب الأب في بعض الحالات ، ومن جانب الأم في حالات أخرى « كتلك التي ترتبت على ادمان الاب وسوء حالته الصحية أو غيابه المستمر نتيجة تعدد الزوجات وكثرة المشاغل أو نتيجة للانفصال) .

ويقول أحدهم : « كانت « أمي قليلة الحيلة والوالد متسلط وقراراته هي التي تنفذ » .

ويقول آخر : « كانت تحاول نقد سلوكه في الادمان يعاند ويستغل قوته في التحدي واجبارها على عمل أي شيء ، ضعف الوالدة واحتياجها ووجود الأطفال جعلها تستبعد فكرة الطلاق » .

أما أولئك الذين جاءوا من أسر كانت فيها السيطرة واتخاذ القرار من جانب الأم فيقولون « أمي كانت تتصرف في كل شيء لأنه لا يستطيع فعل شيء ، الربو ، الكبد . . جميع القرارات من جانب الأم والأخ العود » .

ويقول آخر : « نتيجة لحالته العصبية وحالة الهياج التي يعيشها كانت القرارات من جانب الأم » .

(٥) الرؤية الشخصية للعلاقة بين الاب والأم من وجهة نظر المدمن ، أجمعت معظم الحالات على أن العلاقة تتسم بالفتور ، وأنها سيئة ،وأن هناك شعورا بالضعف وقلة الحيلة من جانب والسيطرة من جانب آخر ، كل يعيش في عالمه .

ثالثا : العلاقات بالأصدقاء :

لا شك أن الصداقة تخلق نوعا من المشاركة الوجدانية ، إذا ما كان هناك تشابه في التفكير ، والميول والاتجاهات ، يقول Tonnies إنها نابعة من المشاركة الوجدانية التي تحدث نتيجة المشابهة في العمل واتجاهات التفكير[٢] . إن اهتمامنا بالصداقة هنا يرجع في المحل الأول الى الرغبة في معرفة أثر الصداقة أو الرفقة في عملية الادمان ، كيف أنها تساعد أو تلعب دورا في عملية الادمان هذه ، إنها توجد نوعا من المشاركة والمجاملة والالتزام هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن هذه الصداقة قد تكون من السعة والانتشار بحيث تتجاوز الحدود والفواصل العرقية . المهم هنا وجود انماط من السلوك المتبادل والمرتبط أساسا بالمخدر .

وقد كشفت دراسة الحالة Case Study عن وجود العديد من العلاقات الشخصية بين اثنين من المدمنين أو أكثر يتعاونون من أجل الحصول على المخدر ويشاركون في تناوله ، وقد يدعم كل منهما الآخر في حالة الحاجة إليه بتقديم الفائض للطرف الآخر ، وغالبا ما يتجهون الى أماكن خاصة متاحة لاحدهما كمنزل خالي أو سيارة في البر أو في البحر . . . . وقد أكدت الدراسة وجود مثل هذه العلاقات الثنائية Dyadic Relations ولا تعترف بفواصل الأصل أو المكانة أو تباين السن أو الجنس :

(١) معظم الحالات تقر بوجود علاقات بالاصدقاء ، حالتان فقط تؤثران العزلة يقول أحدهما « لا أحب أن أقابل أحد أفضل أن أكون بمفردي » ، ويقول الآخر « أميل للعزلة باستمرار . الحشيش يعطيني انطلاقة في التفكير ورغبة في التحرك والعمل ، المخدر يزيل الكسل ، اشرب ويسكي وحشيش كي اريح نفسي وأندمج مع زوجتي » .

(٢) الحرية في اختيار الاصدقاء دون تدخل الاهل سمة مشتركة بين جميع الحالات العشر ، وقد ترفض الأسرة ارتباط الابن بصديق لكن هذا لا يحول دون استمرار العلاقة طالما تحقق نوعا من الاشباع لطرفيها .

« حرية كاملة في اختيار الأصدقاء ، ولا قيود أسرية ، الشبان يحبونني لانني ضحوك وقلبي بارد شوي ما أحب الغضب » .

«أنا حر في قضاء وقت فراعي مع أصدقائي أقابلهم يوميا ، دعوة أصدقائي للبيت متيسرة جدا ، أنا حر في مقابلتهم بالخارج في أي وقت أشاء وفي أي لحظة » .

« لم يفرض عليّ والدي أي قيود في زيارة أحد منهم ، لكن والدتي حذرتني من أحدهم اتهم بالسرقة دايما تقول لي - ايش تبغي تمشي معاه ، لم أكن أستطيع الاستغناء عنه ، يشاركني في شراء الهيروين ، نتقابل يوميا من ٥ ـ ٧ ساعات ، أخي العود يرفض لأنه متفق مع آخرين يتعاطوا حشيش ، الرفض دايما من العود ، أما الوالدة إذا هددتها بالخروج تسمح لهم بالزيارة لانها عارفة أني استخدم ابر ترفع مفاتيح الحمام ودورة المياه عشان ما نفعل شيء » .

(٣) علاقات الصداقة تخضع لمبدأ الاهمية النسبية وتعتبر القرابة والعمل وطبيعة المخدر المصادر الرئيسية لقيام هذه العلاقات :

« أصدقائي عيال ربع واحد عيال خالتي وعمتي » « لي أصدقاء من نفس العيلة ولد خالي أقرب إلى قلبي ، يساعدني ويتأثر بأي شيء يصير لي ، ينام معي لما أمرض يوسع خاطري » .

« لي أصدقاء كثيرون كلهم يستعملون هيروين ثلاثة منهم بيعملوا عسكر واثنان في شركة شل والبحرية ، أقابلهم يوميا اثنان أكبر مني ٢٥ ، ٣٠ وثلاثة أصغر ٢٠ ، ١٩ ، ١٨ » .

« أنا مدمن حشيش وهيروين أحب الاختلاط ، مدمن الافيون يؤثر العزلة ويقعد بنفسه » .

(٤) قضاء وقت الفراغ في تناول المخدر أيا كان نوعه ، إما في المجالس التقليدية إذا اتيحت الفرصة أو في السيارة « خاصة خط دخان » أو « خط الشمال » أو في رحلات البحر ، وعادة ما يدور الحديث حول الحصول على المخدر ، و« السلفات » المرتبطة بالمغامرات النسائية .

رابعا : الحالة الصحية والمزاجية :

(١) كشفت دراسة الحالة عن الاصابة بأمراض مألوفة وعادية كالحصبة والحمى والانفلونزا . . . الخ ، أما عن حالات الجراحة فقد أشارت إحدى الحالات لعملية الزائدة وحالة أخرى لعملية جراحية لبتر الساق إثر حادثة سيارة .

(٢) الشعور بالضعف والهزال (حالتان) وإن كان هذا الاحساس مرتبط إلى حد بعيد بالتعاطي وجرعاته ومواعيده .

(٣) أفادت خمس حالات أن الشعور بالاكتئاب ينتابها بين الحين والآخر ، وقد يرتبط أحيانا بالرغبة في العزلة ، وإن كانت جميع هذه الحالات الخمس قد عبرت عن عدم ارتياحها للظروف المحيطة والمحبطة وخاصة العلاقات السلبية بين الأب والام وعدم اكتراث كل منهما بالآخر ، فضلا عن تعدد الزوجات ووجود ابناء آخرين يحظون بالرعاية والاهتمام من هذه الزيجات ، الاب ليس له وجود فعلي ، قد تصطبغ العلاقة تجاه الابن بالقسوة . . . الخ .

(٤) أفادت اربع حالات عن شعورها « بالضياع » و« عدم قدرتها على التمييز » « لا يعرف ماذا يفعل ؟ » . . . « أشعر بالضياع ، الدراسة ما راضية تدخل دماغي » « أشعر بالضياع من كثرة المشاكل وأرغب في الانطواء » ، ويقول آخر « اشعر بالاكتئاب والرغبة في الانطواء ، وحتى إذا وجدت مع الآخرين ممن يتعاطون الهيروين فأنا اجلس مغمض العينين ، يقظ لكن نائم ، قد أشعر بالغضب وتنتابني حالة عصبية إذا حاول أحدهم أن يخرجني من حالتي تلك » .

(٥) أفادت حالتان أن جو الأسرة المشحون بالتوتر والمشاكل نتيجة العلاقات السلبية بين الأب والأم يدفعهما للهروب خارج البيت .

(٦) حالة واحدة من العشر حالات أفادت أن شرب الخمر والحشيش ومواد أخرى منذ عشر سنوات خلق عنده نوعا من عدم الطموح والشعور باللامبالاة ، يقول « أتنازل دائما للآخرين ، سلبي ، ليس لدي الرغبة في احترام الذات أو الآخرين ، لم افكر في إلغاء الحشيش إلا حين تأزمت العلاقة مع زوجتي وهددت بترك البيت » .

خامسا : التاريخ الادماني :

اسفرت المادة الاثنوجرافية التي استهدفت التاريخ الادماني عن وجود أربع حالات يتعاطى فيها آباء المدمنين الحشيش ومواد أخرى ، في حين وجدت ست حالات لا يتعاطى فيها الآباء

شيئا ، كما كشفت عن وجود حالتين فقط يتعاطى فيها اخوة المدمنين الحشيش والهيروين ، وإن كانت حالة واحدة يتعاطى فيها الأب والأخوة في وقت واحد ، وعن وجود ثلاث حالات يتعاطى فيها أقارب المدمن العديد من المواد المخدرة (حشيش ، هيروين ، افيون ، حبوب . . .) .

انظر الشكل التالي :

الحـــــــالة	تعاطي الاباء	تعاطي احد الأخوة	تعاطي أحد الأقارب	تعاطي أحد الاصدقاء
الحالة الأولى				√
الحالة الثانية	√			√
الحالة الثالثة				√
الحالة الرابعة	√		√	√
الحالة الخامسة	√	√		√
الحالة السادسة				√
الحالة السابعة	√	√	√	√
الحالة الثامنة				
الحالة التاسعة				
الحالة العاشرة			√	

ثانيا : أما عن كيفية بدء التعاطي فقد اسفرت دراسة الحالة عن أن البداية كانت التدخين في ست حالات والخمور في ثلاث حالات ، وكان الباعث في حالتين منها تقليد الوالد خفية يقول أحدهما : « كان عمري ١٧ عاما وكانت البداية تقليد الأب خفية ثم مع ربعي في السيارة والبر » .

في حين أشارت خمس حالات إلى أن البداية تقليد الاصدقاء سواء أكانوا من الأقارب أو من الجوار يقول أحدهم :

« عرفت المخدر مع أصدقاء خارج البلاد في لندن وبانكوك ولبنان والاردن والهند وباكستان ، وكان الدافع إليها الرغبة في التجريب وتقليد الافلام » ، ويقول آخر : « في سن ١٦ استعملت المخدر وكان هذا في عام ١٩٨٢ حدث لي صراعات ووزعت « رجعت » ، أحد أصدقائي قدم لي سيجارة وقال ما تسوى شيء ، عطاني « موش » « موشين » دماغي

انعدلت شوى اندمجت ، نفس الشخص* عرض عليّ مرة أخرى وثالثة .
ويقول ثالث :
« بدأت أدخن السجائر وعمري ١٠ سنوات ، خربوا صديقي واعطوه حشيش وأدمن ، كنت انصحه وأنا في الرابعة عشرة ، طلب مني يوما أن أجرب جربت كنت أغيب عن البيت وأنام عند صديقي هذا ، لم يعرفوا إلا بعد شهر ، مسكني أخي الاكبر ولعوزني لاني كنت اتعاطى سجاير وحشيش وخمر في بيت صديقي هذا » .

كما اشارت حالتان إلى أن الدافع للتعاطي كان التجريب بايحاء من الآخرين . يقول أحدهم « صديق لي في معهد التدريب المهني عرض عليّ للتجريب كمية صغيرة لم أحس بشيء ، كان يقدم لي من حين لآخر حتى تعودت وانتقلت الى الهيروين أحسست وكأنه يغير من تركيبة جسمي ، يغير كياني وشخصيتي » .

في حين أشارت حالة إلى أن البداية كانت رغبة في التخلص من القلق والضيق والضغوط المحيطة أو طلبا للاسترخاء والمتعة .

يقول : « التعاطي لأول مرة عند صديق صومالي منذ عشر سنوات في منزله بفريج الغانم ، كنت مضطربا وقلقا ، عرض عليّ أن أروّح على النفس وأجرب المخدر » .

وأفادت حالتان أنهما يتعاطيا المخدر بدافع المتعة الجنسية وان ثمة اعتقاد لدى الكثيرين في أنه يساعد على اطالة فترة الاتصال الجنسي ، يقول أحدهما : « كانت لي علاقات جنسية كثيرة مع نساء متزوجات ، المخدر يجعلني مبسوطا لفترة طويلة ، آخر أمرأة كانت هندية ، كنت أشرب معها في بيتها لوجودها بمفردها » .

ثالثا :

تشير دراسة الحالة أن جميع الحالات تراوحت أعمارها عند بدء التعاطي ما بين ١٤ عاما و٢٣ عاما وان انحصرت سبع حالات ما بين ١٤ و١٧ عاما في حين انحصرت ثلاث حالات بين ١٧ ، و٢٣ عاما وهذا يعنى بداية التعاطي ومع سن المراهقة ومرحلة البلوغ وما تتسم به هذه الفترة من جرأة ورغبة في تقليد الآخرين والتشبه بالرجال .

---

* عندما سئل عن هذا الشخص قال « انه ولد الخال »

يقول محدثي « في عام ١٩٨٠ جاءني واحد أسمر(*) وقدم لي « افغانية » رفضت عرض عليّ مرة أخرى قبلت » .

رابعا : مكان التعاطي ، أجمعت الآراء عن البحث دوما عن الفرصة المتاحة أيا كانت بيت صديق أو في السيارة أو في البر . . . الخ .

خامسا : أجمعت ثمان حالات عن عدم التحدث الى الوالدين والاخوة في عملية الادمان هذه أنها تتم خفية ، ولم تكن هناك أي محاولة لمناقشة هذا الموضوع صراحة ، في حين ذهبت حالتان الى مناقشة الموضوع مع الوالدين والاخوة ولكن بعد تدهور حالتها الصحية والنفسية ، أما الأولى فتقول : « والدي تضايق ومرض وطلب مني أن أبتعد عن هذه الاشياء أما والدتي غضبت ولكني كذبت عليها عشان ما تستمر في غضبها » ، وتذهب الحالة الثانية الى القول : « اكتشف أخي العود فضربني على الرغم من أنه كان يتعاطى مخدر وكان يحك يدي في الأرض حتى يظهر منها الدم » .

الاعتماد على مخدر أو اكثر :

(١) لم تقتصر أي حالة من حالات الادمان العشر على مخدر واحد ويكاد يكون الخمر والحشيش قسمة مشتركة بين معظم الحالات وان اضاف آخرون الهيروين والحبوب بأنواعها روش ٢ وروش ٣ وروش ٦ وآتيفان وآرتون وديمكس وف ٤٠ وفاليوم ١٠ ومندلكس . ولم يكن ثمة اشارة الى أي نوع من أنواع المخدرات المعروفة والشائعة والتي جاءت نتيجة الاتصال الثقافي مثل : البترول والصمغ والغراء ورؤوس النمل التي تحرق في سجائر ، سفن آب + بيف باف وكريم نيفيا بالخبز ، خبز في ماسورة العادم . . الخ والتي أشير اليها عند مناقشة صحيفة الاتجاهات الخاصة بالطلارب . كما كشفت دراسة الحالة عن وجود أنواع متعددة من الحشيش فهناك التولا التايلاندية (عادية ومتوفرة) والتولا الهندية (متوسطة) والافغانية (زيتها فيها وهي لينة) والاسرائيلية (قوية ومنشطة) والباكستانية (ناشفة مافيها زيت) وهي أنواع (١) ، (٢) ، (٣) والنوع الأول أفضل أنواعها . ثم التولا اللبنانية (حلوة لكن عيبها اذا شربت عليها ماء بارد تطير) .

---

* تشير الحالة الى « ان السمر من اكثر الناس تعاطيا للمخدر » وتبرر ذلك بقولها « يمكن الناحية الاقتصادية او اوضاعهم الاجتماعية ممكن يعمل نفسه فتوة ويتكلم من رأس خشمه (متكبر مسكين) محروم من المغازلة »

(٢) أجمعت الحالات العشر على امكانية تعاطي أكثر من مخدر في وقت واحد ، وإن كان الاستغناء عن مادة والانتقال الى أخرى يتوقف على نوع المادة : ان متعاطي الحشيش يمكنه الاستغناء عنه بعض الوقت إذا لم يتيسر وجوده ، وقد أفادت المادة المعطاه إلى أن المتعاطي قد يلجأ الى :

(أ) التدخين المفرط كنوع من التعويض ، وخاصة الأنواع الساخنة على حد زعمهم (سمسون هولاندي) أو (تتن لف) بمعدل يومي يتراوح بين ٣٠ و ٤٠ سيجارة يوميا .

(ب) اللجوء الى الاكتفيد « دواء كحة » وشرب الزجاجة على مرتين للتهدئة واضعاف تأثير غياب المخدر .

(ج) اللجوء الى الحبوب كبديل للحشيش ولكن بكميات كبيرة وقد يصل الادمان الى ٢٥ او ٣٠ حبة في اليوم ، أما في الحالات البسيطة ٤ أو ٥ حبات تطحن مع شاي أحمر يتناولها على مدار اليوم إذا زاد الادمان عن ٣٠ حبه قد يحتاج المدمن الى تنظيف المعدة (حالة تسمم) .

ويقول أحدهم « الحشيش لو محصلتها مش مشكلة ، أما الأفيون يدفع الانسان الى أن يقود على زوجته أو اخواته من أجل المال » .

ويقول آخر : « إذا لم أجد الحشيش اشعر بالضيق واذهب الى الصيدلية لشراء حبوب ولكنها ضعيفة روش ٣ ، لم أرغب فيها اقلعت عنها ، اشتري الاكتفيد لكنه ضعيف ولا الجأ اليه إلا إذا لم أحصل على أي قدر من الحشيش » .

(٣) أفادت المادة المعطاه الى أن تغيير الهيروين صعب للغاية ، يقول أحدهم « انه يطيح مريض إذا لم يستخدمه ، لا يأكل ولا يمشي ولا ينام ، آلام في الجسم ، وإذا حاول تعويضه بحشيش يطيح مريض أكثر . . » .

ويقول آخر : « اتعاطى المخدر ثلاث مرات يوميا ، إذا لم أتناوله لفترة طويلة أشعر بالارهاق والتشنجات والعرق ، بدونه لا أشعر بكياني ، ممكن أشعر بتعب شديد ، الهيروين ده مصيبة كبيرة » .

ويقول ثالث : « الهيروين غير تركيبة جسمي وكياني وشخصيتي ، حولني الى شخص غير منتج ، لا أستطيع السيطرة على أعصابي أو تفكيري » يجعلني عصبي لاتفه الاسباب . . . » .

(٤) تتفاوت فترات التعاطي ، فالبعض يتعاطى مرة أو مرتين أو ثلاثة يوميا ، إو مرة كل يومين

أو أسبوعيا ، وتتفاوت الكمية المعطاه فالبعض يقوم باعداد أربعة سجائر من « التولا » الواحدة ، وقد تستخدم جميعها يوميا ، وقد تقسم على يومين ، هذا يتوقف على درجة الادمان ومدى توفر أكثر من مخدر والمشاركون في عملية التعاطي .

تدبير نفقات المخدر ومصادر الحصول عليه :

١ ـ يحاول المدمن عادة استخدام مصادره الخاصة لتمويل التعاطي كالمرتب الشهري أو أي مصادر أخرى للدخل لتوفير ثمن المخدر ، وقد يلجأ في بعض الاحيان ـ كما أفادت دراسة الحالة ـ الى الأم أو أحد الاخوة أو الاخوات أو الاصدقاء لسد احتياجاته . « ادبر ثمن المخدر من راتبي لأني أعمل واحصل على ٨٠٠٠ ريال شهريا » .

« إن الوالد عندما عرف أني مدمن قطع المعونة » .

« إذا احتجت اروح حق اختي المتزوجة ممكن تعطيني ٣٠٠ ، ٢٠٠ . . . الخ أي شيء ابغى منها ما قصرت . . » .

٣ ـ تخضع عمليات تدبير نفقات المخدر لمبدأ التعاون ، مجموعة من الاصدقاء يتعاونون سويا لتدبير المخدر « يقوم الربع بعملية تعاونية يعزمك وتعزمه كل يعطي للآخر ، ممكن صديقك يعطيك ما يدير لك سيجارتين مثلا وتعطيه أنت عندما يكون معك » **وإن كان هناك رأي يرى أن مدمن الهيروين من الصعب أن يقدم للآخرين لارتفاع أسعاره .**

٣ ـ قد يتم تدبير المخدر عن طريق الاتجار فيه وعادة ما يتم ذلك عن طريقتين : ـ

الأول : يكلف المواطن أحد المقيمين من الهنود مثلا (العاملين في الدوحة) باحضاره بعد أن يزوده بالنقود اللازمة وتذكرة السفر ، ويقوم الهندي بالمغامرة واحضاره كيلو الحشيش مثلا ٢٠,٠٠٠ روبية (نحو ٥٥٠٠ ريالا قطريا) ، الكيلو في الدوحة قد يتجاوز ٦٠,٠٠٠ ريالا بالتجزئة .

ويقول آخر « إن اكثر الذين يزودونا بالمخدرات من « السمر » ، الشباب يخاف من الدخول في عمليات البيع والشراء ، ومن ثم يبحثون عن الانسان الطيب اللي ما يفضحهم » .

(٤) يتم الحصول على الحبوب بأنواعها من مصدرين :

(١) العيادة النفسية

(٢) الصيدليات .

وعادة ما يستعان بالهندي العامل بالصيدلية للحصول عليها روش ٢ ، روش ٣ ، روش ١٠ ، آرتون . . . كما يمكنه أن يدبر احتياجات المدمنين من الاكتيفيد (شراب الكحة) .

طريقة التعاطي :

اولا : تولا الحشيش ١,٥ جرام تقريبا توزع على أربعة سجائر تدخن وفق الرغبة أو عند الحاجة .

ثانيا : طريقة تعاطي الهيرويين :

(أ) عن طريق الشم وتسمى أحيانا الطريقة الايرانية :

الأدوات المطلوبة :

ــ انبوب قصيرة .

ــ ورقة الومنيوم (قصديرة) يوضع فوقها المخدر .

ــ فتيل للاشعال .

يشعل الفتيل ، يحترق الهيرويين ، يشم المدمن الدخان المتصاعد .

(ب) خلطة مع التتن (السجائر) ويدخن

(ج) عن طريق الابر ، ويتم تحضيره على النحو التالي :

تعد كمية الهيرويين المطلوبة نصف جرام + قليل من الماء + لومي (ليمون) نقطة أو نقطتين ، يوضع الخليط في ملعقة ثم تشعل النار أسفل الملعقة باستخدام ولاعة ، يوضع فلتر السجائر في الماء وتشفط منه بواسطة الابرة ، تترك لتبرد ، يحقن المدمن في الدم ، يشعر المدمن بالراحة بعد مضي نحو ٥ ثوان . . والجدير بالذكر أن الفلتر يغير كل ثلاث أو أربع مرات ، وعادة ما يحقن المتعاطي بابرة يوميا وقد تزداد الى ابرتين أو ثلاث أو أربع أو أكثر في حالات الادمان الشديدة .

ثالثا : تعاطي الحبوب :

أربع أو خمس حبات تطحن مع شاي أحمر

ومما تجدر الاشارة إليه أن هناك غش شائع في تجارة الحشيش والهيرويين إذ يخلط الحشيش بالحناء بنسبة ١ : ٤ على التوالي (ربع حشيش ، ثلاثة ارباع حناء) ، أما الهيرويين فيخلط إما بلبن النيدو أو الزنجبيل ، وليس ثمة خوف أو تردد من جانب التجار ، كيف يمكن أن تتسرب مثل هذه الحالات للشرطة ؟

/مشاكل ترتبت على التعاطي :

كشفت المادة الاثنوجرافية للحالات العشر عن حدوث العديد من المشكلات :

(١) **مشاكل عائلية** : في محيط الاسرة مع الأب والأم والأخوة ، وتزداد المشاكل تفاقما كلما اشتدت الحاجة لتدبير المال ، ولاشك أن الادمان يلعب دوراً خطيراً في نفور الاهل من المدمن بل ونفور الناس منه وعزلته .

(٢) الاساءة الى سمعة العائلة ، انتشار أخباره والتعليقات السلبية دوما على أحواله ومظهره « مظهره غير طبيعي »« يبدو ناقص » . . يقول أحدهم « سمعة سيئة في الفريج ، فضيحة وبالذات مع أهل زوجتي ، يطالبوني بالطلاق ، انا متألم لهذا الوضع ، اخفيت عنهم حكاية الاصلاحية واضطريت اخبرهم بأني أعمل في دخان » .

(٣) سوء الحالة الصحية والنفسية (حالات تسمم) ، نوبات صرع وهستيريا ، الشعور بالوهن والضعف . . الخ .

(٤) مشاكل قانونية ، كالضبط والتوقيف في قضية ، والفصل من العمل .

(٥) التخلف الدراسي وعدم القدرة على الاستمرار في التعليم .

(٦) تبديد المال ؛ إذ يرتفع حجم الانفاق على المخدر وفق النوع « هيروين » ، « حشيش » ، « حبوب » .

الشعور الذاتي بالمشكلة :

أفادت جميع الحالات بلا استثناء بأن لديها الاحساس الذاتي بالمشكلة خاصة بعد تدهور الاحوال الصحية والنفسية (حالات اكتئاب ، نوبات صرع ، ضعف وهزال ، حالات تسمم . .) ، وبعد تراكم المشكلات الاجتماعية (سوء السمعة العائلية ، فقد الوظيفة ، تهديد الزوجة بالانفصال . . .) ، والمشكلات المالية : تراكم الديون واللجوء دوما للاستدانة من أجل الحصول على المخدر . . . من هنا جاء التفكير في ضرورة الاقلاع عن المخدر ، ومحاولات البعض اللجوء الى العيادة النفسية أو السفر للخارج للعلاج .

يقول أحدهم :

« شعرت بالمشكلة وذهبت الى وحدة رعاية البالغين ولم اذهب بعد ذلك ، سافرت للعلاج في مصر في مصحة النيل بالمعادي ، حدث نكوص وعدت مرة أخرى للمخدر » .

ويقول آخر :

« شعرت بالمشكلة وذهبت الى العيادة النفسية للعلاج منذ سنتين ، أعطوني روش ٢ ، وروش ١٠ وماجدون ، حقنة خفيفة كنت لا أنام ، تدهورت أحوالي الصحية وتخلفت دراسيا ، أفكر في ضرورة الأقلاع عن المخدر ، لكن ليس عندي القدرة » .

* * *

نظرة تحليليـــة

ينبغي منذ البداية ان نشير الى ان نتائج دراسة الحالة هذه التى اجريناها في نطاق بحث المخدرات يجب ان تظل محدودة بحدود هذه العينة ، ولا يعني هذا اننا نقلل من أهمية استخدام هذه الأداة التى تقوم في اساسها على الملاحظة العلمية والمقابلات المفتوحة وتعطي الفرصة لتداعي الافكار لدى المبحوث ، بل على النقيض من ذلك أن الاعتماد على دراسة الحالة كان مجديا في جمع اكبر قدر من المادة المتاحة وثيقة الصلة بالمدمن ، أسلوب تنشئته ، علاقاته بالأب والأم والأخوة والأخوات ، فضلا عن الأصدقاء ، التكيف والتوافق الأسرى ، الدافعية الى التعاطي ، التاريخ الأدماني ، تدبير نفقات المخدر ومصـادر الحصول عليه ، طريقة التعاطي ، المشاكل المترتبة على الادمان ومدى الشعور الذاتي بالمشكلة . ولاشك انها افادت فى امدادنا بمفاهيم جديدة يمكن صياغتها كنوع من الفروض لبحوث جديدة كتلك التي ترتبط بالبناء الطبقي فى علاقته بالادمان ، أو علاقة المخدر بمشكلات الشباب بصفة عامة والتى فرضت ذاتها مع المد الحضاري والانفصال عن الثقافة التقليدية الأمر الذى ترتب عليه حدوث نوع من الاغتراب .

وأيا كان الأمر فإن الدراسة وجهت الانظار الى أهمية البناء الاسرى Family Structure والعلاقات الثنائية Dyadic Relations داخل هذا البناء والذي قد يدفع الفرد الى عالم الادمان مثل التفكك الأسرى والمرتبط اساسا بسوء التوافق او التكيف بين الاب والام ، وارتباط ذلك بحالات الطلاق أو الانفصال او تعدد الزوجات ، وانعكاس ذلك على مدى الاهتمام بالابناء ، والدعم المادي والعاطفي والتوجيه والارشاد ومناقشة المشـاكل الشخصيـة . والسلطة الوالدية وجودها ومدى فعاليتها ، طبيعة علاقة الابناء بالآباء ، الافراط في القسوة أو التدليل والتسيب أو التسلط أم ديمقراطية العلاقة ، لقد كشفت دراسة الحالة عن ان معظم المدمنين يعانون من انعدام او محدودية دور الأب ، اما لغيابه المستمر وانشغاله او لتعدد زوجاته ، اوحالته النفسية والمزاجية او المرضية التى تحول دون فعاليته ، كما اكدت ان الافراط

في التدليل كان مدعاة للاقبال على التعاطي واستمرارية الادمان وكذلك القسوة الزائدة . .
حالة واحدة فقط هي التي ذهبت الى ان هناك نوع من ديمقراطية العلاقة بين الاب وابنه ، وهذا يتفق تماما مع ما ذهب اليه Soueif (١٩٧٥) و Hunt في نفس العام حين ذهبا في معالجتهما لأبعاد العلاقة بين الآباء والابناء من المدمنين الى :

١ ـ حيث العلاقة تتسم بالتسيب يكثر اقبال الابناء على تعاطي المخدرات .
٢ ـ وحيث تتسم العلاقة بالتسلط ، فإن الاقبال على التعاطي متوسطا .
٣ ـ أما إذا كان العلاقة ديمقراطية يسودها التوجيه من ناحية والتفاهم والنصح والارشاد من ناحية اخرى كان الاقبال على التعاطي محدودا(٣) .

وأيا كان الأمر فإن غياب السلطة الوالدية او التدليل من جانب الاب او الام او القسوة المفرطه من جانبهما يرتبط بطريقة أو أخرى بالتعاطي ، ففي جميع هذه الحالات لا يكون لدى الأب أو الأم الفرصة المواتيه لبث القيم والمعايير في نفوس ابنائهم او حتى مجرد حثهم على الامتثال لنسق التوقعات المعيارية السائدة فى مجتمعهم وهذا ما أكده سيوك فيما كتبه عام ١٩٦٤ م حين أشار وبصورة ايجابية الى أهمية فرض الضوابط الوالدية بغية غرس المعايير والمثل لدى الابناء (٤) .

كما كشفت دراسة الحالة على ان معظم المدمنين (٩٠٪) ينتمون الى عائلات او جماعات اسرية يتعاطى فيها الآباء أو أحد الأخوة أو الأقارب اذا اخذنا في الاعتبار اننا بصدد مجموعة من الاسر الممتدة Extended Family حيث يعيش الاجداد والابناء المتزوجين وابناء الابناء فى وحدة معيشية او جوار اجتماعي ، وحتى اذا افترضنا اننا بصدد أسر نووية صغيرة فإن ٦٠٪ من العينة (ست حالات) جاءت من أسر مدمنة يتعاطى فيها الآباء أو الأخوة ، أى ان « تدشين » الفرد الى عالم المخدرات يتم على ايدي ذويه او جماعته القرابية ، هنا ينبغي ان نركز على تأثير الخبرة السابقة في تسهيل عملية التعاطي ، ان التعرض لهذه الخبرات وتكرار الخبرة دوما والتعود على رؤية المخدر والممارسة ، حيث الابن يرى ويراقب ابيه او احد اخوته او اقاربه . . الامر الذى يغرى بدخوله الى عالم الادمان ، قد يكون هناك عوامل اخرى مساعدة (كالسعة المادية واتاحة المخدر بسهولة) الآباء ، احد الأخوة ، الأصدقاء ، الخدم . . . . الخ . الامر الذى يعجل بالادمان .

ولاشك ان هناك قصورا في توجيه الاهتمام الى الخبرة الماضية والدوافع الذاتية في تيسير التعاطي ، وهذا يذكرنا بما ذهب اليه Mr. Nusland في محاضرة القاها فى جامعة قطر فى خريف

١٩٨٧ ان الوقاية تتطلب التدخل المبكر في حياة الفرد سواء في البيت أو المدرسة أو المجتمع . فلقد كشفت دراسة الحالة أن أعمار المدمنين تتراوح بين ٢٢ و ٣٥ عاما بمتوسط عمري ٢٨ عاما ، الا ان بداية الادمان كانت دون ذلك بكثير : (٧) حالات بين ١٤ ، وأقل من ١٧ عاما و (٣) حالات بين ١٧ و ٢٣ عاما ، وهذا يتسق الى حد ما مع العديد من الابحاث التى تناولت موضوع ادمان المخدرات ، ففي بحث اجراه سويف ١٩٨٢ في مصر وجد ان مدمني الحشيش يقبلون على الادمان مابين ١٦ ، ١٧ عاما[٥] . أى ان فترة المراهقة هي الفترة الحرجة في الاقبال على المخدر ، وهذا يقتضى منا ان نكون على وعي بالعوامل التى تساعد على تشكيل خبرة الفرد وتحديد سلوكه وأسلوب التنشئة الاجتماعية ، سلوك الآباء والاخوة (القدوة الحسنة) ، اختيار الاصدقاء ، المحاولة المستمرة لغرس القيم والمثل العليا ، البعد عن التدليل او القسوة المفرطة . . . الخ ، فضلا عن وسائل الاعلام (افلام الفيديو بصفة خاصة) ، والتى لا تخلو بين الحين والاخر من افكار وتصورات حول المخدرات وارتباط ذلك بالعديد من جوانب المتعة واللهو الصارخ .

ولقد كشفت المادة المعطاه عن أن الدافعية للتعاطي تنحصر في :

(أ) التقليد ومحاولة التجريب ومشاركة الاخرين من جماعة الاقارب والاصدقاء (الربع) .

(ب) للترويح عن النفس والتخلص من المتاعب والهموم والتي قد ترتبت نتيجة لعوامل كثيرة في محاولة لرفض الواقع الاجتماعي المتمثل في غياب السلطة الوالدية نتيجة الانشغال او تعدد الزوجات ، اهمال الابناء ، وعدم وجود المثل العليا وارتباط ذلك بضعف المعايير والقيم ، والشعور باللامبالاة او الاحساس بالضياع . . . الخ .

(جـ) من اجل الممارسات الجنسية .

نحن لانستطيع ان نغفل بأي حال من الاحوال الاطار الثقافي العام والاوضاع الاجتماعية والتى من خلالها تتم عمليات التفاعل المحدودة والمباشرة (بين الفرد والاخرين) او غير المحدودة وغير المباشرة والتى ترتبط اساسا بالاحوال الاجتماعية والاقتصادية بوجه عام ، ان تجربة « اصلاحية المدمنين » تشير الى ان هناك العديد من « السمر » ممن يتعاطون المخدرات اذا ماقورنوا بالجماعة القطرية الاصلية ، وهذا يجعلنا نتساءل هل هناك علاقة بين الادمان والاحساس بتدني المنزلة الاجتماعية ، إن هناك بحوثا رائدة قد اكدت ذلك ، ففي بحث اجراه Cdere عام ١٩٧٣ اكد فيه وجود علاقة وثيقة بين الانتماء الى جماعة التوا TWA (جماعة عرقية صغيرة تعيش في رواندا متدنية في المنزلة والمكانة الاجتماعية) وبين تعاطي القنب[٦] .

واذا كان الامر كذلك فماذا يمكن ان يقال عن العمالة الاسيوية الوافدة ؟ هذا من ناحية ، ومن ناحية اخرى فاننا لانستطيع ان نغفل اثر العمالة الاسيوية في ادخال المخدرات والترويج لها ، فلقد اجمعت العديد من الحالات على ان الاسيويين يركزون على قطر لارتفاع اسعاره عن اي منطقة اخرى فى الخليج اولبنان اومصر ، وان ثمن المخدر لايعتمد في كثيرمن الاحيان على وزن او سعر محدد ، تلك امور متروكه للاجتهاد الشخصى واستغلال حاجة المدمنين ، « فالتولا » قد يصل سعرها الى مائة ريال او مائة وخمسين اومائتين ، كما ان نسبة المخدر فيها تختلف من « تولا » الى اخرى ومن نوع الى آخر ، فضلا عن عمليات الغش التى انتشرت الى حد بعيد فى الآونة الاخيرة .

وأخيـــــرا :

لاشك أن هناك الكثير من الجهود التى يمكن ان يساهم بها الباحث الاجتماعي او الانثربولوجي في معالجة موضوع المخدرات ، وهذا هو الذي دفعنا في البداية الى التأكيد على ضرورة ان تظل النتائج محدودة بمحدودية العينه هذا من ناحية ، ومن ناحية اخرى الى ضرورة تضافر الجهود في مجال الاجتماع والانثربولوجيا والطبنفسي للكشف عن المزيد من جوانب الظاهرة وأبعادها .

التوصيــــات

ينبغي أن ننظر الى مواجهة مشكلة تعاطي الشباب نظرة شمولية من حيث الفهم والتفسير ، فالعوامل الاجتماعية والتعليمية والتربوية والقانونية والتشريعية إنما تشكل نسيجا واحدا متشابك الاجزاء تتفاعل جميعها وتتبادل التأثر والتأثير . ولاشك ان هذه الدراسة التي استهدفت الكشف عن الاتجاهات (لدى الطلاب أو أولياء الامور او اعضاء هيئة التدريس) او تلك التى تمت لعدد من الحالات التي ادمنت بالفعل يمكن ان تلقى الضوء على المداخل المختلفة لمكافحة الظاهرة والتصدي لها .

ولن يتأتى ذلك الا بوضع عدد من الاستراتيجيات :

أولا : استراتيجية وقائية .
ثانيا : استراتيجية وثيقة الصلة بالبناء الاسرى وما يحويه من علاقات أسرية .
ثالثا : استراتيجية وثيقة الصلة بالمدرسة والنظام التعليمي (وزارة التربية والتعليم) .
رابعا : استراتيجية وثيقة الصلة بالمؤسسات المجتمعية الأخرى .

أولا : الاستراتيجية الوقائية :

وهي تهدف أساسا للتدخل المبكر في حياة الفرد منذ بداية مرحلة المراهقة حيث تتسم هذه الفترة بتبلور الميول والاتجاهات وحيث الانفعالات والرغبة فى الاستقلال وتحقيق الذات(*) والتصرف على غرار الكبار من هنا كان لابد من التدخل في حياة الافراد لتعزيز نمط من الحياة بعيدا عن التعاطي او الادمان وللوصول الى تهيئة الاذهان لدى المراهقين لادراك المخدرات

---

* جاء في مقدمة « برامج السياسات الوقائية » للمؤسسة الدولية ICPA عن هذه الفترة (مرحلة المراهقة) انها : مرحلة تتميز بنمو التفكير النقدي وتبلور الميول والانفعالات العنيفة والسطحية ، حيث الانفعالات اكبر من حجم المثيرات الفعلية ، متقلب متذبذب ، يتسم سلوكه بالحساسية . .

كشيء غير مرغوب فيه اجتماعيا ، اننا نستهدف الوقاية اى منع حدوث التعاطي ولن يتم ذلك الا بتعبئة الاجواء الاسرية والمدرسية والمجتمعية الاخرى ضد المخدرات ، ان نحاول منع ما يساعد على حدوث التعاطي ، نقوم بعدد من الاجراءات الايجابية التى تحد من المشكلة او تضعف الاقبال على المخدر ، ولكى يتحقق ذلك فليس هناك الا ان نعتمد على اثارة الحافز او الدافع بشتى الوسائل لتجنب المخدر ، كل يعمل ويتعاون من اجل تحقيق ذلك الحوار المستمر بين الاباء والابناء ، بينهم وبين المدرسين والاخصائيين والتركيز هنا من خلال جذب الاهتمام والاثارة لا من خلال القيود والتحريمات ، من هنا تأتى الحاجة الى وضع برامج تستهدف توضيح اثر المخدرات على الحياة والصحة ، على نمو الاجنة ، امكانية حدوث الضعف العقلي او الفيزيقى . هنا يدرك الاباء الحاجة الماسة للاختيارات تجاه الوقاية لانفسهم ولاطفالهم .

اننا لانتعامل مع التأثيرات او الاعراض بقدر مانتعامل بهدف خلق اتجاهات جديدة لنحول انفسنا تجاه حياة بعيدة عن الادمان ، أو اتجاهات تقودنا الى ممارسات مفيدة وصحيحة ، وكما سبق الاشارة نحن هنا فى امس الحاجة الى تضافر جهود الاباء والاساتذة ورجال الدين ووسائل الاعلام ، الى توفر المعلومات الصادقة والتى تمكننا من خلق الاتجاهات ، فمن خلال المعلومة او المعرفة الواقعية والاعلان عنها سواء في البيت او المدرسة او المؤسسات الاخرى يمكن الوصول الى هذا الهدف ، لاشك اننا نتحدث عن اسلوب او استراتيجية للعمل او الفعل اوعن كيفية صياغة الميكانيزم الفعلي للتدخل ، نحن في امس الحاجة الى عقد ندوات لنفكر سويا كآباء ومربين واجتماعيين ونفسيين ، كيف تحاول الاسرة ، كيف تحاول المدرسة ، كيف نحاول مع كافة مؤسسات الدولة وقطاعاتها ، مازلنا نردد ان الحاجة ماسة للعديد من الجهود المختلفة والصادقة . (١٨) .

***

ثانيا : استراتيجية وثيقة الصلة بالبناء الاسري وما يحويه من علاقات وتفاعلات :

أكدت الدراسة في شقيها مسئولية البناء الاسري عن كثير من الظواهر السلبية ومن بينها تعاطي المخدرات ، وقد آثرنا التركيز على عدد محدود من القضايا ترتبط أساسا بأسلوب التنشئة الاجتماعية او طبيعة الاوضاع الاسرية :

(١) التدليل الزائد أو القسوة الشديدة . (٢) غياب الأب . (٣) افتقاد القدوة . (٤) التفكك الأسرى وما يشيعه من جو مشحون بالتوتر والمشاكل نتيجة للعلاقات السلبية وبخاصة بين الاب والام .

نحن بصدد مجموعة من المتغيرات تلعب دورا فاعلا في التعاطي ، ومن ثم فلا مناص من التوعية المستمرة من خلال البرامج التعليمية الى اهمية الابتعاد عن التدليل المفرط او القسوة الشديدة كاسلوب للتربية ، والى ضرورة وجود نوع من القدوة الحسنة في البيت والى تواجد السلطة الابوية في مجال التفاعلات اليومية والابتعاد عن الامور التى قد تؤدي الى التفكك والانهيار الاسرى قدر المستطاع وتوجيه الاذهان من خلال المقررات الدراسية في الجامعة سواء تلك التي تتناول التنشئة الاجتماعية ، او الاجتماع العائلي ، او النمو النفسي والصحة النفسية او المشكلات الاجتماعية ، او التكيف والتوافق الاسرى .

من خلال البرامج الاذاعية والتليفزيونية (برامج الاسرة والطفل) او من خلال الاندية الثقافية او المؤسسات الدينية وفي مقدمتها المساجد أو من خلال التجمعات النسائية او مجالس الاباء والامهات ... الخ والتركيز دوما على الاعتدال في التعامل مع الابناء والبعد عن التدليل المفرط والذى هو افراز العديد من المسائل البنائية التي تتمثل اساسا في التفضيل الواضح للذكور والحرص على دعمهم باستمرار ، والتهوين من اخطائهم وايجاد المبررات لتصرفاتهم ، واغراقهم بالمال ... الخ ، الامر الذي يحول دوما دون الاعتماد على انفسهم وتحمل المسئولية بل والاستقلالية .. وقد يؤدي مع عوامل اخرى الى مسايرة الاخرين وعدم القدرة على الوصول الى الصورة الافضل .

كذلك ضرورة توفر القدوة الحسنة والتركيز على ان افتقاد القدوة اما نتيجة لغياب الاب المستمر او تقلص دوره وعدم مشاركته بشكل فعال اما لانشغاله او رغبة ذاتيه للتخفيف من الاعباء الاسرية .. او نتيجة لتورطه في التعاطي امام الابناء ... ولن يحدث هذا الا مع غياب الوعي وضعف النسق القيمي ، من هنا فان الحاجة ماسة الى جهود رجال الدين والى المفكرين لايجاد نوع من اليقظة لدى الاباء والامهات ... ليدركوا ان افتقاد القدوة الصالحة وتعاطي الاباء او الاخوة اى الخبرة السابقة المتاحة هي بمثابة تعلم اجتماعي متكرر ، ان التعرض لهذه الخبرات باستمرار يغري بالمحاولة والتجريب وهكذا يكون تدشين الفرد الى عالم المخدرات على ايدى جماعته القرابية .

***

ثالثا : استراتيجية وثيقة الصلة بالمدرسة والنظام التعليمي (وزارة التربية والتعليم) :

انطلاقا مما سبق الاشارة اليه في اولا من ضرورة التدخل المبكر في حياة الفرد منذ مرحلة

المراهقة فلابد من اعادة النظر في العملية التعليمية برمتها بقصد :

(١) زيادة اتجاهات الطلاب نحو المدرسة والمدرسين ، تقبلهم للعملية التعليمية مشاركتهم وتفاعلهم مع غيرهم من الطلاب ، اقناعهم بالاهداف التربوية والمهنية التى تعمل المدرسة على نشرها ، ولن يتأتى هذا الا بالبحث عن المناخ المدرسي المناسب ، هنا يأتي دور التربويين في

تقييم الاجواء المدرسية على اختلافها والبحث عن افضل السبل لاستثارة هذا الميل ، والكشف عن الاسباب التى ادت الى افتقاد البعض اهتمامهم بالعملية التعليمية . البحث عن وسائل او اساليب تحفز الطلاب للانتظام في الدراسة ، مواصلة الحضور . . . ربما كانت طرق التدريس التقليدية تثير الملل او تفتقر الى وسائل الايضاح الجيدة ، ربما كانت صعوبة المقررات الدراسية او طولها يحول دون ذلك (*) .

(٢) ضرورة التفكير جديا في عدم وضع مستويات متمايزة في الفصل الواحد سواء من ناحية السن او التفوق او التخلف الدراسي (وان كانت الوزارة قد بدأت في التفكير الان في مثل هذه القضايا) مع اعادة النظر في نظام الاثابة حتى لا يتحقق المزيد من الاحباط لغير المتفوقين من كبار السن .

(٣) القضاء على مشكلة التفرقة في المعاملة بين الطلاب ، وربما تبرز المشكلة اذا ادركنا ان هناك جماعات عرقية تنقسم اليها الهيئة التدريسية ، محاولة اعادة النظر في تكتل الجماعات وفقا لجنسياتها وارتباط ذلك بوجود نوع من الاتجاهات نحو الطلاب ، انها مشكلات على درجة عالية من الاهمية تحتاج الى وقفة التربويين والمتخصصين .

(٤) البحث عن وسائل افضل للعقاب غير الطرد من الصف .

(٥) الاهتمام بالتلاميذ من ذوي السلوكيات الخاصة ، كثيرو الغياب ، الهروب اثناء الدوام المدرسي ، تكرار الرسوب ، اثارة المشكلات ، يعتريهم الضعف والخمول معتادو الغش . . . محاولة الاقتراب منهم والسماع لمشاكلهم ، محاولة الاتصال بأولياء الامور للتعرف على الظروف التى يعايشونها .

---

* ارتباط المعاملة الوالدية او التكيف او التوافق الاسري بالنسبة لدافعية الانجاز والاقبال بايجابية على العملية التعليمية .

(٦) هنا تبر ز مشكلة الاتصال بأولياء الأمور ومدى استجابتهم ، وتلك على درجة كبيرة من الاهمية ، لابد من اعادة النظر فى مجالس الاباء التقليدية ، والتى اثبتت التجربة مدى صوريتها وفشلها ، لابد من زيادة الوعي لدى الاباء بأهمية هذه المجالس واهمية الموضوعات والقضايا التي تتناولها وصلتها المباشرة بابنائهم ، اعادة النظر في الطريقة الشكلية التى تتم بها انعقاد هذه المجالس ، وابراز اهمية العلاقة المستمرة بين المدرسة والمنزل وكيف انها علاقة حيوية تستهدف مصلحة الابناء ، ولن يتحقق ذلك الا من خلال قنوات الاتصال تتمثل اساسا في اجتماعات الاباء ، باختصار لابد من اعادة النظر في الكيفية التى يتم بها الاتصال بولي الأمر او العكس ، واخطارهم دوما بكل مايطرأ على التلاميذ من تغييرات انخفاض معدلات درجاته ، التغير في سلوكياته ، الانقطاع ، الهروب من الدوام المدرسي ، تكرار الرسوب ، التزوير في الدرجات . . الخ .

(٧) ادخال مادة المخدرات كجزئية من « مادة الكيمياء » في نطاق دراستهم للعناصر والمركبات ، لالقاء الضوء على المواد المخدرة وخصائصها وتأثيرها المدمر .

(٨) لابد من تضافر جهود اعضاء الهيئة التدريسية لتحقيق مجموعة الاهداف والقيم التى تسعى المدرسة لتحقيقها من خلال برامج او خطط واضحة في ضوء خبرات التربويين في مناخ مدرسي ملائم تسوده العلاقات التكافلية والامن النفسي وتشجيعهم على ادراك ان دورهم يتجاوز بكثير العملية التعليمية او الادوار الادارية المنوطة بهم ، ان التدخل الناجح المثمر قد يعتمد على الجهود الذاتية لاعضاء هيئة التدريس ، وهذا لن يتحقق اذا لم يتوفر المناخ المدرسي الملائم الذي يستثير الاهتمامات الشخصية لدى العاملين ومن ثم تختفي الادعاءات التى ترتفع بين الحين والاخر « ليس من صلاحياتي » انعدام جدوى المعاملة ، البعد عن المشكلات . . . الخ .

(٩) اعادة النظر في دور الاخصائي الاجتماعي وان يقتصر عمله على الاهداف الوظيفية التى وجد من اجلها وان يعطي من الصلاحيات التي تمكنه من القيام بدوره دون تقاعس حتى لا يفقد حماسه للعمل ، لابد وان يدرك الطلاب انه يؤدي دورا فعالا نافعا لهم كالمدرس سواء بسواء ، استبعاد فكرة انه مجرد موظف يشرف على المقصف او يشترى هدايا المتفوقين ، لابد من اعطائه المزيد من الحرية لبحث المشكلات وتقصي اسبابها ومعرفة ابعادها الاسرية او المدرسية لان دور الاخصائى يدور حول مواجهة مثل هذه المشكلات وتتوقف مهارته على كيفية

التصدى لها وحتى لايقتصر دوره (كما يحدث الآن) على مجرد تحريك المشكلة من امامه .

(١٠) زيادة فرص النشاط فى المدرسة في فترة ما بعد الظهيرة ، لماذا لاتفتح المدرسة ابوابها في بعض ايام الاسبوع او ايام العطلات لمساعدة الطلاب على قضاء اوقات فراغهم فيما يفيد على ان تتوفر بعض انواع الانشطة التي تستثير اهتماماتهم .

(١١) احكام الرقابة على الاماكن التى يمكن ان يتم فيها التعاطي مثل ملاعب المدرسة حول اسوار المدرسة ، حجرة الفراشين ، دورات المياه .... الخ مع العناية باختيار العمال والفراشين من العناصر المشهود لها بحسن السير والسلوك .

رابعا : استراتيجية وثيقة الصلة بالمؤسسات المجتمعية الأخرى :

الاعلام ، المؤسسات الدينية ، الاندية الثقافية ، الشرطة والجوازات ، الصحة ، المجلس الاعلى لرعاية الشباب ، الجامعة ....) .

١ - الاعلام :

ان المعلومات عامل هام لخلق المعايير ، وان وسائل الاعلام لها (*) احترامها وتقديرها من جانب الجماهير - من خلال المعلومة او الاعلان ، من هنا يأتي دورها في اعطاء المعلومات الصادقة عن المخدرات والادمان - ومن ناحية اخرى لابد وان تستهدف البرامج الاذاعية والتليفزيونية توضيح اثر المخدرات على الحياة والصحة ، علاقة الادمان بأمراض سوء التغذية Malnutrition أو حالات الانيميا او الملاريا او الزهري او الفطريات Fungus ، أو التهاب الشغاف Endo Carditis ، التهاب الكبد ، امراض الاسنان .. فضلا عن اضعاف الوظائف الحيوية في الجسم كما في استخدام الهيروين (١٩) ... من خلال البرنامج الاذاعي المتخصص او التليفزيوني او الفيلم الهادف او من خلال الصحف اليومية والاسبوعية يمكن خلق اتجاهات للاباء نحو الاختيار الافضل المتمثل فى الوقاية لانفسهم ولابنائهم منذ البداية .

* التليفزيون والفيديو يمثلان المصدر الاول في الوعي بانتشارية الظاهرة ٣٢٪ دور الصحف مازال محدودا (ربما لارتفاع نسبة الامية او محدودية معالجة مثل هذه الموضوعات) .

٢ ـ المؤسسات الدينية :

المبدأ الاساسي هنا يقوم على ان البشر لديهم التزام بما يمليه الضمير ، وتكوين وتهذيب الضمير يقوم اساسا على الايمان بالله والمحافظة على النفس ، ومن ثم اختيار الانسان لحياة أفضل بعيدة عن الادمان ، هنا يأتي دور المؤسسات الدينية وفي مقدمتها المسجد لدعم القيم الدينية وتعزيز الوازع الديني الذي يستهدف حماية النفس والبعد عن كل ما من شأنه ان يلحق الضرر بها أو يؤذيها أو يحول بينها وبين اداء دورها في الحياة على نحو أفضل ، ولن يتحقق ذلك الا من خلال خطب الجمعة المتكررة ومحاضرات التوعية المرتبطة بالادمان وتعاطي المخدرات عن طريق وسائل الاعلام المرئية بصفة خاصة حتى تصل الى اكبر شريحة ممكنة من الجمهور المستهدف .

٣ ـ الاندية الثقافية :

عقد ندوات للتوعية يشارك فيها متخصصون على اختلاف مشاربهم يتناولون قضية الادمان من كافة نواحيها بقصد القاء الضوء على اثاره المدمره وتعبئة الاجواء الاسرية والمدرسية والمجتمعية الاخرى ، وطرح للعوامل التي تساعد على الحد من الاتجاه نحو المخدر ، على ان يعقد بعض من هذه الندوات في قطاعات الشباب وتجمعاتهم في المدارس او الجامعات او الاندية . . . او حيث توجد التجمعات النسائية في الهلال الاحمر ، الجمعيات النسائية ، أو التعليم المسائي استهدافا لتوضيح اثر المخدرات وزيادة الوعي بالغزو الثقافي سواء المترتب على السفر للخارج أو نتيجة لتأثير المربيات والخدم الاجانب . . . الخ .

الشرطة والجوازات :

(أ) تكثيف الحملات وخاصة في المناطق النائية (البر والبحر) ، المطار والموانىء دون استثناءات للحيلولة دون تسرب المزيد منها ، وزيادة الحملات للاماكن التقليدية التي يتردد عليها المتعاطون مثل خط دخان وخط الشمال ورحلات البر والبحر .

(ب) المزيد من الرقابة على الافلام وخاصة تلك التي تروج للمخدرات بطريق مباشر أو غير مباشر وتتناولها كما لو كانت تحقق للفرد أو الجماعة حالة من النشوى او درجة عالية من البهجة والمتعة ، تساعد على قضاء وقت الصخب واللهو ، ترفع كفاءة الجسم . . . . دون ان تعرض

لاثارها السلبية المدمرة حالات الكآبة ، الانهيار الجسمي والعقلي وانخفاض المناعة ، التأثير على الاجنة ، . . . . الخ .

(ج) تشديد الرقابة على الصيدليات وعدم صرف الادوية بدون « روشته » خاصة حبوب التريبتزول الصفراء ، دواء البروتوفيل للكحة . . . وغيرها لاستخدامها في غير موضعها او في غير الحالات التي خصصت لها .

(د) الرقابة على السفر للخارج لمن هو دون العشرين مثلا وعدم السماح لهم بالسفر الا بصحبة الاباء وخاصة الى المناطق التي تنتشر فيها المخدرات او تنخفض اسعارة الى الحد الذي يجعله متاحا (الهند في مقدمة هذه الدول ثم تايلاند . . . وبمعدلات لافتة للنظر) .

٥ ـ الصحة :

تطوير وحدة رعاية البالغين وقسم الصحة النفسية والاعلان عنهما وعما تقوم به من خدمات في هذا المجال من خلال اجهزة الاعلام المرئية والدعوة الى ضرورة التقدم اليها في مرحلة مبكرة ، محاولة القضاء على الافكار السلبية التي تحول دون التقدم اليها في الوقت المناسب .

٦ ـ المجلس الاعلى لرعاية الشباب :

اذا ادركنا ان الانسان كائن له حاجياته الفيزيقية والعقلية والاجتماعية والروحية والترويحية . . فان كل هذه الابعاد يجب ان تؤخذ في الاعتبار عندما تفكر في التخطيط لرعاية الشباب وخاصة فيما يتعلق بمشكلة قضاء وقت الفراغ ، ولن يتأتى ذلك الا من خلال ايجاد القنوات المناسبة لرعايتهم وتوجيههم والتحرك حيث مواقع الشباب ومناقشتهم هذا من ناحية ومن ناحية اخرى العمل على زيادة الاندية فتح المدارس في بعض ايام الاسبوع والعطلات (بالاتفاق مع التربية والتعليم) ، تنظيم الرحلات الداخلية والخارجية ، تشجيع الهوايات ، الاعلان عن المسابقات ، زيارة المكتبات ، الحدائق ، الملاهي . . . . كل ما من شأنه قضاء وقت فراغ بريء .

٧ ـ الجامعة :

لا يعني ان تأتي توصية الجامعة في نهاية هذا التقرير تقليلا من دورها ، فلا شك أن مسئولية الجامعة واساتذة الجامعات على درجة كبيرة من الاهمية .

(أ) عرض نتائج هذه الدراسة على لجنة متخصصة لصياغة الاجراءات او المسارات الفعلية التي تحكم عملية التدخل هذه للحد من الظاهرة .

(ب) لابد من التنسيق بين الجامعة والتربية والتعليم والاعلام والمؤسسات النوعية الاخرى

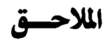
لوضع الاطار المناسب للبرامج الثقافية المرتبطة بهذا الموضوع .

(ج) ضرورة ان تخضع المواد التخليقية التي كشفت عنها هذه الدراسة السسيوانثربولوجية للبحث المعملي لمعرفة مدى مفعولها التخديري والتحذير منها خاصة وان بعضها يشتمل على مواد سامة .

(د) استمرار الابحاث النوعية وخاصة النفسية والطبنفسية والتربوية على ان تتوفر التسهيلات للباحثين حتى يتسنى دراسة الظاهرة في جوانبها المختلفة .

لاشك أن صياغة مثل هذه التداخلات تحتاج الى عقد ندوات لنفكر سويا كل من زاويته اجتماعيين وانثربولوجيين ونفسيين وطبنفسي لاتخاذ الاجراءات الفعلية وميكانيزم التدخل كيف نحاول على مستوى الاسرة ، كيف نحاول على مستوى المدرسة ، كيف نحاول اعلاميا . . على مختلف مؤسسات الدولة وقطاعاتها ، مازلنا نأمل في تكوين لجنة عليا للمخدرات لان الحاجة مازالت ماسة للعديد من الجهود المخلصة .

نسأل الله التوفيق . . . . . .


الملاحـــق

ملحق رقم (١)

صحائف البحث :

- صحيفة البحث رقـم (١) الموجهه الى الطـلاب .
- صحيفة البحث رقـم (٢) الموجهه الى أولياء الأمور .
- صحيفة البحث رقـم (٣) الموجهه الى رواد الأسر والفصول والاخصائيين .
- صحيفة البحث رقـم (٤) الموجهه الى عمال المدارس .
- دليل دراسة الحالـة .

صحيفة البحث ★
رقـــم (١)
(الخاصـــة بالطـــلاب)

إعـداد

أ . د . محمـود الكـردي   أ . د . فاروق اسماعيـل

د . حسن عيـــــــد

إشراف

د . عبدالله جمعة الكبيسي

أكتوبر ١٩٨٦ م

★ توجه هذه الصحيفة الى عينة عشوائية من بين طلاب بعض المدارس الاعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .



يهدف هذا البحث الى التعرف على الاتجاهات نحو مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب من خلال عينة عشوائية من الطلاب ببعض المدارس الاعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .

البيانات الواردة في هذه الصحيفة سرية للغاية ولا تستخدم إلا في الأغراض العلمية للبحث .

التعليمات

(١) لا داعي لذكر الاسم .

(٢) في حالة وجود صعوبة في فهم أي سؤال يمكن الرجوع الى الباحث .

(٣) ضع علامة √ على الأرقام المبينة الى يسار الاجابة التي تراها مناسبة .

(٤) يمكن اختيار أكثر من إجابة بالنسبة للأسئلة متعددة الاجابة .

(٥) المربعات الواردة يسار الصفحة خاصة باستخدام الحاسب الآلي فقط .

(٦) إن لم تجد من بين الاجابات الواردة بالأسئلة ما يناسبك ضع اجابتك في خانة « أخرى تذكر » .

(٧) اذا كان لديك أي تعليق بالنسبة لأي سؤال يمكنك كتابته بالصفحة الأخيـرة .

خاص بالحاسب الآلي

أولا : بيانات أساسية :

(١) العمر : سنة

(٢) الجنسية : قطري

جنسيات أخرى (تحدد)

(٣) الديانة : مسلم

مسيحي

(٤) المرحلة الدراسية ، والصف :

أ) المرحلة الدراسية :

الاعدادية (1)

الثانوية (2)

ب) الشعبة :

أدبي (1)

علمي (2)

رياضة (3)

ج) الصف الدراسي :

الأول (1)

الثاني (2)

الثالث (3)

(٥) المجموع العام لدرجات التلميذ في العام السابق

(من ملفات المدرسة) (   )

(٦) عدد مرات الرسوب بالمدرسة (   ) مرة

(٧) المستوى التعليمي للوالد :

أمي (1)

يقرأ ويكتب (2)

شهادة ابتدائية (3)
شهادة إعدادية (4)
شهادة ثانوية (5)
شهادة جامعية (6)
شهادة أعلى من الجامعية (7)

(٨) عمل الوالـد : (تحدد)

(٩) الترتيب بين الأخوة مع الاشارة الى السن والنوع :

مسلسل	الاخـوة	النـــوع		الســن
		ذكر	أنثى	
١	الأول			
٢	الثانـي			
٣	الثالث			
٤	الرابـع			
٥	الخامـس			
٦	السادس			
٧	السـابع			

(١٠) ضع دائرة حول ترتيبك السابق في الأسرة :

(١١) الســكن :

أ ـ الحي الذي تسكن به (يذكر)
ب ـ عدد حجرت المسكن
ج ـ نوعية المسكن : مـلك (1)
حكومي (2)
إيجــار (3)

د ـ نمط المسكن :

فيـلا	(1)	☐
بيت شـعبي	(2)	
شــقة	(3)	
أخـرى تذكر	(4)	

....

....

ثانيا : تصور وجود المشكلة :

(١٢) ماهي المواد المخدرة في رأيك مما يلي :
(ضع علامة أمام اجابة أو أكثر من الاجابات الواردة)

- الاسبرين (1)
- الحشيش (2)
- الحبوب المنبهة (3)
- المهدئات (الفاليوم ، روش ٣) (4)
- المنومات (5)
- حبوب المهلوسة (6)
- الكوكايين (7)
- الهيروين (الجرد) (8)
- الأفيون (ترياق) (9)
- مركبات الافيون (المورفين ، الكودايين) (10)
- البترول والصمغ والغراء (11)
- أخرى تذكر .... (12)

....
....

(١٣) ومن أي مصدر سمعت عن هذه المواد المخدرة ؟

- من الافلام والمسلسلات بالتليفزيون (1)
- من الافلام والمسلسلات بالفيديو (2)
- من زملائي وأصدقائي (3)
- من أقاربي وأخواني (4)
- من السفر للخارج (5)
- من الصحف والمجلات (6)
- أخرى تذكر .... (7)

....

....

(١٤) هل تسافر الى الخارج في العطلة الصيفية ؟

- نعم انتقل الى سؤال ١٥ (1)
- لا انتقل الى سؤال ١٦ (2)

(١٥) البلاد التي سافرت اليها ، وعدد المرات :

	اسم البـــلد	عدد مرات السفر	مدة الاقامة في المتوسط
1			
2			
3			
4			
5			
6			

(١٦) هل هناك مشكلة لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطـــر ؟

- نعم (1)
- لا (2)
- لا أدري (3)

(١٧) هل هناك بعض التلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات ؟

- نعم انتقل الى سؤال (١٨) (1)
- لا انتقل الى سؤال (٢٣) (2)
- لا أدري (3)

(١٨) متى عرفت بوجود هذه المشكلة بمدرستك الحالية ؟

- قبل التحاقي بالمدرسة (1)
- بعد التحاقي بالمدرسة مباشرة (2)
- بعد التحاقي بالمدرسة بمدة طويلة (3)
- أخرى تذكر .... (4)

....

....

(١٩) كيف عرفت بوجود هذه المشكلة بالمدرسة ؟

- من رؤيتي لبعض التلاميذ يتعاطون (1)
- من الملامح الجسمية والنفسية لهم (2)
- من حديث زملائهم عنهم (3)
- من شكوى المدرسين منهم (4)
- من بعض العمال بالمدرسة (5)
- أخرى تذكر .... (6)

....

....

1
2
3
4
5
6

(٢٠) أين يتم التعاطي ؟

- بالمدرسة انتقل الى سؤال ٢١ (1)
- خارج المدرسة انتقل الى سؤال ٢٢ (2)

(٢١) ما المكان الذي يتم فيه التعاطي داخل المدرسة ؟ (ضع علامة أو أكثر أمام الاجابة)

- بقاعة الدرس (1) 1
- بملاعب المدرسة (2) 2
- حول سور المدرسة (3) 3
- بدورة المياه (4) 4
- بحجرة الفراش (5) 5
- أخرى تذكر .... (6) 6

....

....

(٢٢) ما المكان الذي يتم فيه التعاطي خارج المدرسة ؟

- البـــر (1) 1
- رحلات البحر (2) 2
- المنـــزل (3) 3
- الســـيارة (4) 4
- خارج البـلاد (5) 5
- أخرى تذكر .... (6) 6

....

....

(٢٣) هل سمعت أن هناك تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى غير مدرستك ؟

- نعم انتقل الى سؤال (٢٤) (1)
- لا انتقل الى سؤال (٢٥) (2)

(٢٤) كيف عرفت ذلك ؟

- من معرفتي بهؤلاء التلاميذ (1) 1
- من سماعي عنهم (2) 2
- من مظهرهم وشكلهم (3) 3
أخرى تذكر .... (4) 4

....

....

(٢٥) هل تعرف زميلا بمدرستك يتعاطى المخدرات ؟

- نعم انتقل الى سؤال (٢٦) (1)
- لا انتقل الى سؤال (٢٨) (2)

(٢٦) كيف عرفت أنه يتعاطى ؟

- من حديث زملائه عنه (1) 1
- من أحاديثه معي (2) 2
- من رؤيتي المباشرة له وهو يتعاطى (3) 3
- من شكله وملامحه (4) 4
أخرى تذكر .... (5) 5

....

....

(٢٧) كيف ترى علاقات هذا التلميذ بزملائه ؟

- عادية وطبيعية (1) 1
- قوية ومتينة (2) 2
- ضعيفة ومتدهورة (3) 3
- منعزل (4) 4
- منعزل (اذا كان مدمنا اكثر من اللازم) (5) 5
- علاقته قوية بالآخرين (اذا كان تعاطيه محدودا) (6) 6

- علاقته محدودة مع الذين يتعاطون مثله (7) 7
- علاقته سيئة لمحاولته تخريب الآخرين (8) 8
- لا أدري (9) 9
أخرى تذكر .... (10) 10
....
....

ثالثا : ملامح التعاطي :

(٢٨) هل باستطاعتك تمييز التلميذ المتعاطي ؟
- نعم انتقل الى سؤال (٢٩) (1)
- لا انتقل الى سؤال (٣٢) (2)

(٢٩) كيف تستطيع ذلك ؟
- من احتقان العينين ، وزيغ البصر (1) 1
- الضعف والخمول وشحوب الوجه (2) 2
- الانطواء والعزلة (3) 3
- الاكتئاب (4) 4
- العدوان والتدمير (5) 5
- سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود (6) 6
- اثارة مشكلات (7) 7
- سوء العلاقات مع الزملاء (8) 8
- الكذب والسرقة (9) 9
- كثرة التغيب عن المنزل (10) 10
- فقدان التفاهم الأسري (11) 11
أخرى تذكر .... (12) 12
....
....

(٣٠) هل هناك تصرفات (سلوكيات) تميز التلميذ المتعاطي داخل المدرسة ؟

ـ نعم	انتقل الى سؤال (٣١)	(1)	1
ـ لا	انتقل الى سؤال (٣٢)	(2)	2
ـ لا أدري		(3)	3

(٣١) ماهـــي ؟

ـ كثرة الغياب	(1)	1
ـ تعدد مرات الرسـوب	(2)	2
ـ تكرار الغش	(3)	3
ـ عدم احترام المدرسين	(4)	4
ـ الهروب اثناء الدوام المدرسي	(5)	5
ـ النوم اثناء الدرس	(6)	6
أخرى تذكر	(7)	7

....

....

رابعـــا : أسـباب التعاطـــي :

(٣٢) ما الأسباب العامة للتعاطي في رأيك ؟

ـ سهولة الحصول على المخدر	(1)	1
ـ الرغبة في التجريب	(2)	2
ـ وسائل الاعلام (تليفزيون ـ فيديو)	(3)	3
ـ الصحبة	(4)	4
أخرى تذكر	(5)	5

....

....

(٣٣) ما الاسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من وجهة نظرك ؟

- مشكلات مستمرة بين الأب والأم (1)
- وفاة أحد الوالدين أو كليهما (2)
- القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية (3)
- التدليل الزائد (من أحد الوالدين) (4)
- افتقاد القدوة الحسنة (5)
- عدم القدرة على شغل وقت الفراغ (6)
- تغيب الأب (7)
- الملل (8)
- صحبة المتعاطي (9)
- الاحساس بالضياع والخوف من المستقبل (10)
- تجمعات الشباب في المجالس دون رقابة (11)

أخرى تذكر .... (12)

....

....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

(٣٤) ما الأسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي في رأيك ؟

- الفقر (الذي يؤدي الى المغامرة للحصول على مال) (1)
- الغــنى . (2)
- سهولة الحصول على ثمن المخدر (3)
- البعض يحصل عليه دون مقابل (4)
- أخرى تذكر .... (5)

....

....

1	2	3	4	5

(٣٥) ما الصعوبات المدرسية المؤدية للتعاطي ؟

- الفشل نتيجة التأخر الدراسي (1)
- صعوبة المقررات الدراسية وطولها (2)
- تباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الواحد (3)
- عدم ملاءمة المناخ (الجو) المدرسي (4)
- عدم الميل للدراسة (5)
- الطرد من الصف (6)
- عدم التفاهم مع المدرسين (7)

أخرى تذكر .... (8)

....

....

خامسا : مشكلات مترتبة على التعاطي ومحاولات التدخل لمواجهتها :

(٣٦) ما المشكلات المترتبة على التعاطي في نظرك ؟

- التأخر الدراسي (1)
- الانقطاع عن الدراسة (2)
- انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي (3)
- الضبط والتوقيف في جريمة (4)
- التقليد بين الأخوة داخل الأسرة (5)
- الاساءة بالسمعة العائلية (6)
- تدهور صحة المتعاطي (7)

أخرى تذكر .... (8)

....

....

(٣٧) هل لدى غيرك من الطلاب الاحساس بوجود مشكلة التعاطي ؟

ـ نعم	انتقل الى سؤال (٣٨)	(1)
ـ لا	انتقل الى سؤال (٣٩)	(2)
ـ لا أدري	انتقل الى سؤال (٣٩)	(3)

(٣٨) وماذا فعلوا لعلاج هذه المشكلة ؟

- ـ لم يفعلوا شيئا (1)
- ـ المشكلة ليس لها حل (2)
- ـ لا يوجد من يساعدهم على الحل (3)
- ـ لجأوا الى الأخصائي الاجتماعي (4)
- ـ ذهبوا الى الطبيب النفسي (5)
- أخرى تذكر .... (6)

....

....

(٣٩) هل يلجأ التلاميذ المتعاطون الى الأخصائي بالمدرسة ليساعدهم في حل مشكلتهم ؟

ـ نعم	انتقل الى سؤال (٤٠)	(1)
ـ لا	انتقل الى سؤال (٤١)	(2)

(٤٠) وماذا تتوقع أن يفعل لهم الأخصائي الاجتماعي ؟

- ـ لا يفعل شيئا يذكر (1)
- ـ يبلغ ادارة المدرسة للتدخل (2)
- ـ يبلغ أولياء الأمور طلبا لمساعدتهم (3)
- ـ يحوله الى رائد الأسرة أو الفصل (4)
- ـ يحوله الى الصحة المدرسية (5)
- ـ يوجه اليه النصيحة (6)
- أخرى تذكر .... (7)

....

....

(٤١) ولماذا لا يلجأون اليه ؟

- لأنه لن يفعل شيئا سوى النصيحة (1)
- للخشية من الاتصال بولي الأمر (2)
- للخوف من التحويل للصحة المدرسية (3)
- للمشاكل التي حدثت للآخرين الذين فعلوا ذلك (4)
أخرى تذكر .... (5)
....
....

1	
2	
3	
4	
5	

(٤٢) اذا وجدت صديقا أو زميلا يتعاطى المخدرات فماذا تفعل حياله ؟

- أنصحه بالعلاج (1)
- أرشده بالتوجه الى الأخصائي الاجتماعي (2)
- أنصحه بالتوقف عن التعاطي (3)
- أذكره بعقاب الله (4)
- لا أستطيع أن أفعل له شيئا (5)
أخرى تذكر .... (6)
....
....

1	
2	
3	
4	
5	
6	

تعليق وملاحظات :



صحيفة البحث *

رقـــم (٢)

(الخاصـة بأولياء الأمـــور)

إعـداد

أ . د . محمـود الكـردي　　　　أ . د . فاروق اسماعيـل

د . حسن عيــــــــد

إشراف

د . عبـــــدالله الكبيسي

أكتوبر ١٩٨٦ م

---

* توجه هذه الصحيفة الى عينة عشوائية من أولياء أمور طلاب بعض المدارس الاعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .

يهدف هذا البحث الى التعرف على الاتجاهات نحو مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب من خلال عينة عشوائية من الطلاب ببعض المدارس الاعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .

البيانات الواردة في هذه الصحيفة سرية للغاية ولا تستخدم إلا في الأغراض العلمية للبحث .

أولا : بيانات أساسية :

(١) العمر : سنة
(٢) الجنسية : (ذكر)
(٣) الديانة : ١ - مسلم
٢ - مسيحي

(٤) الحالة الزواجية :

١ـ أعزب	( )
٢ـ متزوج ولم ينجب	( )
٣ـ متزوج ويعول	( )
٤ـ مطلق	( )
٥ـ أرمل	( )

(٥) المستوى التعليمي :

١ـ أمي	( )
٢ـ يقرأ ويكتب	( )
٣ـ شهادة ابتدائية	( )
٤ـ شهادة اعدادية	( )
٥ـ شهادة ثانوية	( )
٦ـ شهادة جامعية	( )
٧ـ شهادة أعلى من الجامعية	( )

(٦) المهنة :

١ - يعمل
٢ - متقاعد
٣ - متوفي

(أ) أصحاب أعمال حـــرة :

١ ـ تاجر ( )
٢ ـ مقاول ( )
٣ ـ حرفي (صاحب ورشة أو كراج) ( )
٤ ـ أخرى تذكر .... ( )
....
....

(ب) عاملون بأجـــر :

١ ـ مهن علمية وفنية ( )
٢ ـ مهن اداريـــة ( )
٣ ـ مهن كتابيـــة ( )
٤ ـ مهن خدمات ( )
٥ ـ مهن زراعية وصيد ( )
٦ ـ عمـال انتاج ( )
٧ ـ أخرى تذكر .... ( )
....
....

(٧) عـدد الأبنـاء :

مسلسل	الأبناء	النوع		السـن
		ذكور	إناث	
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦	الأول الثاني الثالث الرابع الخامس السادس			

(٨) السـكن :

أ) الحي (الفريق) الذي تسكن فيه ( )

ب) نمط السكن : ( )

١ ـ فيـلا ( )

٢ ـ بيت عربـي ( )

٣ ـ شـقة

٤ ـ أخرى تذكر . . . .

. . . .

. . . .

ج) عدد حجرات المسكـن : حجرة

د) نوعية حيازة السـكن : ( )

١ ـ ملك ( )

٢ ـ حكومي ( )

٣ ـ ايجار

ثانيا : تصور وجــود المشــكلة :

(٩) هل هناك مشكلة لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطر بصفة عامة ؟

١ ـ نعم ( )
٢ ـ لا ( )
٣ ـ لا أدري ( )

(١٠) هل هناك بعض تلاميذ « المدارس » يتعاطون المخدرات ؟

١ ـ نعم انتقل الى سؤال (١١) ( )
٢ ـ لا انتقل الى سؤال (١٤) ( )
٣ ـ لا أدري انتقل الى سؤال (١٥) ( )

(١١) كيف عرفت ذلك ؟

١ ـ من حديث الناس بالمجالس ( )
٢ ـ من حديث ابني عن زملائه بالمدرسة ( )
٣ ـ من حضوري لمجالس الآباء والمدرسين بالمدرسة ( )
٤ ـ من أولياء الأمور الآخرين ( )
٥ ـ أخرى تذكر .... ( )
....
....

(١٢) هل تعتقد أنها ظاهرة منتشرة بين التلاميــذ ؟

١ ـ منتشرة بكثرة ( )
٢ ـ الى حد ما ( )
٣ ـ قليلة الانتشـــار ( )
٤ ـ لا أدري ( )

(١٣) كيف توصلت الى هذه النتيجة ؟
(يمكن وضع علامة √ أمام أكثر من احتمال)

١ ـ من مناقشات مجالس الآباء ( )

٢ ـ من حديث ابنى عن المشكلة ( )
٣ ـ من وسائل الاعلام انتقل الى سؤال (١٤) ( )
٤ ـ من قريب أو صديق يعمل في التعليم ( )
٥ ـ من حديث الناس بالمجالس ( )
٦ ـ أخرى تذكر .... ( )
....
....

(١٤) ما هي وسائل الاعلام هذه ؟

١ ـ تليفزيون ( )
٢ ـ فيديو ( )
٣ ـ صحف ( )
٤ ـ أخرى تذكر .... ( )
....
....

ثالثا : ملامح التعـــاطي :

(١٥) هل يمكنك تحديد ملامح معينة تميز بها الشاب المتعاطي للمخدرات ؟

١ ـ نعم انتقل الى سؤال (١٦) ( )
٢ ـ لا انتقل الى سؤال (١٧) ( )

(١٦) كيف تتمكن من ذلك ؟

١ ـ من احتقان العينين وزيغ البصر ( )
٢ ـ من الضعف والخمول وشحوب الوجه ( )
٣ ـ من الانطواء والعزلة ( )
٤ ـ قلة الحركة وبطء التفكير ( )
٥ ـ من العدوان والتخريب ( )
٦ ـ من سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود ( )

٧ ـ من اثارة مشـــكلات ( )
٨ ـ الكذب والسرقة ( )
٩ـ أخرى تذكر ....
....
....

(١٧) هل هناك تصرفات (سلوكيات) تميز أو تدل على الشاب المتعاطي داخل أسرته ؟

١ ـ نعم انتقل الى سؤال (١٨)
٢ ـ لا انتقل الى سؤال (١٩)

(١٨) مـــاهـــي ؟

١ ـ كثرة التغيب عن المنزل ( )
٢ ـ سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة ( )
٣ ـ السهر خارج المنزل ( )
٤ ـ الميل للعنف والتخريب ( )
٥ ـ التمرد على الوالدين ( )
٦ ـ اللامبالاة وعدم الاهتمام ( )
٧ ـ السلبية وعدم العناد ( )
٨ ـ أخرى تذكر .... ( )
....
....

(١٩) هل يؤثر تعاطي المخدرات في التحصيل الدراسي ؟

١ ـ نعم انتقل الى سؤال (٢٠) ( )
٢ ـ لا انتقل الى سؤال (٢١) ( )
٣ ـ لا أدري انتقل الى سؤال (٢١) ( )

(٢٠) وما علامـــات هذا التأثير ؟

١ ـ انخفاض التقديرات (العلامات) للتلميذ المتعاطي ( )
٢ ـ تكرار مرات الرسوب ( )

٣ ـ التزوير في علامات الشهادات ( )
٤ ـ أخطار المدرسة (شكوى المدرسين) ( )
٥ـأخرى تذكر .... ( )
....
....

رابعـا : أسـباب التعاطي :

(يمكن وضع علامة √ على أكثر من سبب)

(٢١) ما الأسباب العامة للتعاطي حسب أهميتها في رأيك ؟

١ ـ سهولة الحصول على المخدر ( )
٢ ـ الرغبة في التجريب ( )
٣ ـ وسـائل الاعـلام ( )
٤ ـ الصحبـة ( )
٥ـأخرى تذكر .... ( )
....
....

(٢٢) ما الأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي من وجهة نظرك حسب أهميتها :

(يمكن وضع علامة √ على أكثر من سبب)

١ ـ مشكلات مستمرة بين الأب والأم ( )
٢ ـ وفاة أحد الوالدين أو كليهما ( )
٣ ـ القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية ( )
٤ ـ التدليل الزائد (من أحد الوالدين) ( )
٥ ـ الابن الذكر الوحيد ( )
٦ ـ افتقاد القدوة الحسنة ( )
٧ ـ عدم القدرة على شغل وقت الفراغ ( )
٨ ـ تغيب الأب ( )

٩ ـ الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم ( )
١٠ـأخرى تذكر .... ( )
....
....

(٢٣) ما الأسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي حسب أهميتها في رأيك ؟
(يمكن وضع علامة √ على أكثر من سبب)

١ ـ الفقر (الذي يؤدي الى المغامرة للحصول على مال) ( )
٢ ـ الغنى ( )
٣ ـ سهولة الحصول على ثمن المخدر ( )
٤ ـأخرى تذكر .... ( )
....
....

(٢٤) ما الأسباب التربوية (المدرسية) المؤدية للتعاطي حسب أهميتها ؟
(يمكن وضع علامة √ على أكثر من سبب)

١ ـ الفشل نتيجة التأخر الدراسي ( )
٢ ـ صعوبة المقررات الدراسية وطولها ( )
٣ ـ عدم الميل للدراسة ( )
٤ ـ عدم ملاءمة الجو المدرسي ( )
٥ـأخرى تذكر .... ( )
....
....

خامسا : مشكلات مترتبة على التعاطي ، ومحاولات التدخل لمواجهتها :

(٢٥) رتب المشكلات المترتبة على التعاطي حسب أوليتها في نظرك بإعطاء رقم (١) للأكثر أهمية ثم (٢) لمن يلي في الأهمية وهكذا ؟

١ ـ التأخر الدراسي ( )
٢ ـ الانقطاع عن الدراسة ( )
٣ ـ انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي ( )
٤ ـ الضبط والتوقيف في جريمة ( )
٥ ـ التقليد بين الأخوة داخل الأسرة ( )
٦ ـ الاساءة بسمعة العائلة ( )
٧ـأخرى تذكر .... ( )
....
....

(٢٦) لو أن قريبك أو صديقك جاء اليك واشتكى من تعاطي ابنه للمخدرات فبماذا تنصحه ؟

١ ـ توجيه النصيحة للابن بالكف عن التعاطي ( )
٢ ـ عرضه على الطبيب للعلاج ( )
٣ ـ استشارة ادارة المدرسة ( )
٤ ـ السفر للخارج للعلاج ( )
٥ ـ لا أدري ماذا يفعل ( )
٦ـأخرى تذكر .... ( )
.... ( )
....

(٢٧) هل ترى أن المدرسة تسهم في حل مشكلة تعاطي المخدرات ؟

١ ـنعم انتقل الى سؤال (٢٨) ( )
٢ ـلا انتقل الى سؤال (٢٩) ( )
٣ ـ لا أدري ( )

(٢٨) وما هو هذا الاســهام ؟

١ ـ اقامة ندوات توعية ( )
٢ ـ زيادة فرص النشاط بالمدرسة ( )

٣ ـ زيادة فعالية اجتماعات مجالس الآباء والمدرسين ( )

٤ ـ تأكيد دور الاخصائي الاجتماعي ورائد الأسرة او الفصل في حل المشكلة ( )

٥ ـ ابراز موقف الدين من قضايا المخدرات ( )

٦ ـ التركيز على أهمية اكتشاف الحالات في وقت مبكر ( )

٧ ـ الاهتمام بالتحويل للعلاج الطبي والنفسي ( )

٨ ـ التأكيد على أهمية متابعة الحالات حتى شفائها ( )

٩ ـ أخرى تذكر .... ( )

....

....

(٢٩) هل ترى أن دور المدرسة كاف في مواجهة هذه المشكلة ؟

١ ـ نعم ( )

٢ ـ لا انتقل الى سؤال (٣٠) ( )

٢ ـ لا أدري ( )

(٣٠) ولمـــاذا ؟

١ ـ لأن هذه المشكلة تخص الأسرة أساسا ( )

٢ ـ لأن المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة ( )

٣ ـ لأن امكانات المدرسة محدودة ( )

٤ ـ لأن التصدي لها يحتاج الى تعاون الأسرة والمدرسة ( )

٥ ـ أخرى تذكر .... ( )

....

....

صحيفة البحث ★

رقـم (٣)

(موجهـة الـى الأخصـائيين الاجتمـاعيين ورواد الفصول والأسـر)

إعـداد

أ . د . محمود الكـردي　　　أ . د . فاروق اسماعيـل

د . حسن عيـــــد

إشراف

د . عبـــدالله الكبيسي

اكتوبر ١٩٨٦ م

★ توجه هذه الصحيفة إلى مجموعة من الأخصائيين الاجتماعيين ، ورواد الفصول ، ورواد الأسر ببعض المدارس الاعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .



يهدف هذا البحث على التعرف على الاتجاهات نحو مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب من خلال عينة عشوائية من المديرين ورواد الفصول والأسر والأخصائيين الاجتماعيين ببعض المدارس الاعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .

البيانات الواردة في هذه الصحيفة سرية للغاية ولا تستخدم إلا في الأغراض العلمية للبحث .

التعليمات

(١) لاداعي لذكر الاســم .
(٢) في حالة وجود صعوبة في فهم أي سؤال يمكن الرجوع الى الباحث .
(٣) ضع علامة √ على الأرقام المبينة الى يسار الاجابة التي تراها مناسبة .
(٤) يمكن اختيار أكثر من إجابة بالنسبة للأسئلة متعددة الاجابة .
(٦) إن لم تجد من بين الاجابات الواردة بالأسئلة ما يناسبك ضع اجابتك في خانة « أخرى تذكر » .
(٧) إذا كان لديك أي تعليق بالنسبة لأي سؤال يمكنك كتابته بالصفحة الأخيــرة .

أولا : بيانات أساسية :

(١) العمر سنة

(٢) الجنسية : قطري

جنسيات أخرى (تحدد)

(٣) الوظيفة : (تحدد)

(٤) الديانة : مسلم ( )

مسيحي ( )

(٥) المؤهلات : (يذكر أخر مؤهل)

. . . .

. . . .

(٦) الخبرات (وأعمال سابقة) :

. . . .

. . . .

. . . .

. . . .

(٧) عدد سنوات العمل بالمدرسة (يذكر)

(٨) الحالة الزواجية :

أعزب (1)

متزوج ولا يعول (2)

متزوج ويعول (3)

مطلق (4)

أرمل (5)

(٩) عدد الأبناء

يوضح مجموع عدد الابناء ( )

(١٠) عدد الأبنـــاء :

م	الأبنـــاء	النوع		السن
		ذكور	إناث	
١	الابـن الأول			
٢	الابـن الثانـي			
٣	الابـن الثالث			
٤	الابـن الرابـــع			
٥	الابـن الخامـــس			
٦	الابـن الســادس			

ثانيا : تصور وجود المشكلة :

(١١) هل هناك طلاب في مدرستك يتعاطون المخدرات ؟

- نعم انتقل الى(١٢) (1)
- لا انتقل الى(١٧) (2)
- لا أدري انتقل الى(١٧) (3)

(١٢) وكيف اكتشفت وجود هذا النمط السلوكي (التصرف) ؟

- من رؤيتي المباشرة بالمدرسة (1) 1
- من حديثي مع بعض الطلاب (2) 2
- من شكوى بعض الطلاب (3) 3
- من زملائهم (4) 4

- من أولياء الأمور (5) 5
- من الفراشين بالمدرسة (6) 6
- من خلال اختلاطي مع الطلاب خارج المدارس (7) 7
- من المظهر الخارجي أو شكله العام (8) 8
- من حديثي مع بعض الزملاء أو الاداريين بالمدرسة (9) 9
- من سلوك بعض الطلاب (10) 10
- أخرى تذكر .... (11) 11
....
....

(١٣) هل تعتقد أنها ظاهرة منتشرة بمدرستك ؟

- منتشرة بكثرة   انتقل الى (١٤)   (1)
- منتشرة الى حد ما   (2)
- قليلة الانتشار   انتقل الى (١٦)   (3)
- لا أدري   (4)

(١٤) وكم عدد الحالات الموجودة في مدرستك تقريبا ؟

أقل من ٥   (1)
٦ - ١٠   (2)
١١ - ١٥   (3)
١٦ - ٢٠   (4)
أكثر من ٢٠   (5)

(١٥) كيف توصلت الى هذه النتيجة ؟

- من زيادة العدد (يحدد)   (1) 1
- من ملاحظاتي على الطلاب   (2) 2
- من خلال مناقشة مشكلات أخرى   (3) 3

- من خلال حديثي مع زملاء الطلبة الــذين يتعاطـون المخدرات (4) 4
- من خلال حديثي مع بعض الاداريين (5) 5
- أخرى تذكر .... (6) 6
....
....

(١٦) ولماذا تعتقد أنها ليست منتشرة بمدرستك ؟

- من قلة الأعداد (1) 1
- من عدم الشكوى من قبل الطلاب (2) 2
- من عدم ظهورها أثناء مناقشة مشكلات أو موضوعات أخرى (3) 3
- أخرى تذكر .... (4) 4
....
....

ثالثا : ملامح التعاطي وأعراضه بين الطلاب :

(١٧) هل لاحظت ملامح جسمية (للوجه والبدن مثلا) تميز بها المتعاطي عمومـــا ؟

- نعم انتقل الى (١٨) (1)
- لا انتقل الى (١٩) (2)

(١٨) وما هـــــي ؟
- احتقان العينين (1) 1
- زيغ البصــر (2) 2
- ارتعاش الأطراف (وبخاصة اليدين) (3) 3

- الضعف والخمـول (4) 4
- عدم الاتزان الحركي (5) 5
- شحوب الوجـه (6) 6
- النحافة الشديدة (7) 7
- سواد أطراف الأصابع والشفاه (8) 8
- عدم القدرة على التركيز والسرحان (9) 9
- أخرى تذكر .... (10) 10
....
....

(١٩) هل لا حظت خصائص نفسية للمتعاطي ؟

- نعم انتقل الى (٢٠) (1)
- لا انتقل الى (٢١) (2)

(٢٠) ومـا هـي ؟

- الانطواء والعزلة (1) 1
- الاكتئاب (2) 2
- اللامبالاة والسلبية (3) 3
- تقلب المزاج (4) 4
- التدميـر (5) 5
- ضعف الارادة (6) 6
- سـرعة الاجهـاد الذهني (7) 7
- الخـوف (8) 8
- هروبـي (9) 9
- عصـبي (10) 10
- متـردد (11) 11
- متهـور (12) 12

13 | (13) | ـأخرى تذكر ....
....
....

(٢١) هل لاحظت خصائص اجتماعية تميز المتعاطي داخل المدرســـة ؟

ـنعم | انتقل الى (٢٢) | (1)
ـلا | انتقل الى (٢٣) | (2)

(٢٢) وما هـي ؟

ـ إثــارة مشــكلات | (1) | 1
ـ الخروج عن النظام المدرسي | (2) | 2
ـ العزلة وعدم الاندماج | (3) | 3
ـ ضعف العلاقات بين الزملاء | (4) | 4
ـ ضعف العلاقات مع المدرسين | (5) | 5
ـ عدم المشاركة في الأنشطة | (6) | 6
ـ الكـــــذب | (7) | 7
ـ الســـرقة (الفردية أو الجماعية) | (8) | 8
ـ الاعتــداء على الآخـرين | (9) | 9
ـأخرى تذكر .... | (10) | 10
....
....

(٢٣) هل سمعت عن خصائص مميزة لطبيعة العلاقات الاجتماعية للمتعاطي داخل أسـرته ؟

ـنعم | انتقل الى (٢٤) | (1)
ـلا | انتقل الى (٢٥) | (2)

(٢٤) ومـا هـــي ؟

ـ زيادة شكوى أولياء الأمـور	(1)	1
ـ كثرة التغيب عن المنزل	(2)	2
ـ السهر خارج المنزل	(3)	3
ـ الميل للعنف والتخريب	(4)	4
ـ التمرد على السلطة الوالدية	(5)	5
ـ اللامبالاة (عدم الاهتمام)	(6)	6
ـ السـلبية والعنـاد	(7)	7
ـ العزلة والانطواء	(8)	8
ـ أخرى تذكر	(9)	9

....

....

(٢٥) ومـا هـو مصدر معلومـاتك السابقة ؟

ـ الأسـرة (أولياء الأمـور)	(1)	1
ـ الزمـلاء بالمدرسـة	(2)	2
ـ وسـائل الاعلام	(3)	3
ـ ملاحظاتي الشخصية	(4)	4
ـ من زملاء الطلبة الذين يتعاطون المخدرات	(5)	5
ـ من تجربتي الخاصة مع الطلاب	(6)	6
ـ أخرى تذكر	(7)	7

....

....

(٢٦) هل لاحظت ملامح سـلوكية تميز المتعاطي في المدرسة ؟

ـ نعم	انتقل الى (٢٧)	(1)
ـ لا	انتقل الى (٢٨)	(2)

(٢٧) مـــا هـــي ؟

ـ زيادة معدلات الغياب عن المدرسة	(1)	1 ☐
ـ عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية	(2)	2 ☐
ـ انخفاض معدل تقديرات المتعاطي	(3)	3 ☐
ـ الهروب أثناء الدوام المدرسي	(4)	4 ☐
ـ تعدد مرات الرسوب	(5)	5 ☐
ـ تكرار الغش اذا وجد الفرصة	(6)	6 ☐
ـ التزوير في درجات الشهادات	(7)	7 ☐
ـ عدم اطاعة السلطة المدرسية	(8)	8 ☐
ـ عدم احترام أعضاء هيئة التدريس	(9)	9 ☐
ـ الاهمال في كل شيء	(10)	10 ☐
ـ السلبية المطلقة	(11)	11 ☐
ـ لا يهمه الرسوب	(12)	12 ☐
ـ أخرى تذكر	(13)	13 ☐

....

....

رابعـــا : أســـباب التعاطي ودوافعــــه :

(٢٨) ما الأسباب أو الدوافع العامة للتعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرســـتك ؟

ـ سهولة الحصول على المخدر	(1)	1 ☐
ـ الرغبة في التجريب	(2)	2 ☐
ـ وسائل الاعلام (تليفزيون ـ فيديو)	(3)	3 ☐
ـ الصحبـــة	(4)	4 ☐
ـ كثرة السفر الى بلاد تنتشر فيها المخدرات	(5)	5 ☐
ـ الســـعة الماديـــة	(6)	6 ☐
ـ تأثير الخدم الأجانب	(7)	7 ☐

ـ أخرى تذكر .... (8) 8 ☐

....

....

(٢٩) ما الصعوبات المدرسية التي أدت الى التعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرستك ؟

- سوء معاملة الأساتذة للتلاميذ بالمدرسة (1) 1 ☐
- صعوبة المقررات الدراسية (2) 2 ☐
- طول المقررات الدراسية (3) 3 ☐
- عدم ملاءمة طرق التدريس (4) 4 ☐
- المناخ المدرسي (5) 5 ☐
- الاحباط نتيجة التأخر الدراسي (6) 6 ☐
- تباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الواحد (7) 7 ☐
- تفاوت المستوى العمري بين تلاميذ الفصل الواحد (8) 8 ☐
- محاولة اثبات الوجود (9) 9 ☐
- عدم اقتناع التلميذ بجدوى التعليم (10) 10 ☐
- أخرى تذكر .... (11) 11 ☐

....

....

(٣٠) ما هي الأسباب أو الصعوبات الأسرية التي كانت وراء التعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرستك ؟

- مشكلات بين الأب والأم (1) 1 ☐
- مشكلات بين الاخوة (2) 2 ☐
- التدليل المفرط (من جانب الأم بخاصة) (3) 3 ☐
- وفاة أحد الوالدين أو كليهما (4) 4 ☐

ـ انشغال الأب بعمله	(5)	5
ـ الابن الذكر الوحيد	(6)	6
ـ القسـوة الشديدة	(7)	7
ـ الفقر (المغامرة والحصول على مال)	(8)	8
ـ الغنـى	(9)	9
ـ افتقاد القدوة	(10)	10
ـ التقليد (وبخاصة الأصدقاء)	(11)	11
ـ تعدد الزوجـات	(12)	12
ـ الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم	(13)	13
ـ وجود الخدم الأجانب في البيت القطري	(14)	14
ـ الافتقار الى الوازع الديني	(15)	15
ـ أخرى تذكر	(16)	16

....

....

خامسا : المشـكلات المترتبة على التعـاطي :

(٣١) مـاهي المشكـلات التربـويـة (المـدرسية) النـاتجـة عن التعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرستك ؟

ـ الانقطاع عن الدراسة	(1)	1
ـ التأخر الدراسي	(2)	2
ـ فقدان الفرصة التعليمية	(3)	3
ـ أخرى تذكر	(4)	4

....

....

(٣٢) ما هي المشكلات الأسرية الناتجة عن التعاطي في الحالات التي تعرفت عليها بمدرستك ؟

- إثارة خلافات بين أفراد الأسرة (1)
- انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي (2)
- التصرف في الممتلكات الشخصية أو الأسرية (3)
- الضبط والتوقيف في جريمة (4)
- التقليد بين الأخوة داخل الأسرة (5)
- ارتكاب الجرائم (6)
- فقدان السمعة العائلية (7)
- القدوة السيئة (8)
- أخرى تذكر .... (9)

....

....

سادسا : التدخلات من قبل الأخصائيين ورواد الأسر والفصول للحد من تفاقم المشكلة :

(٣٣) هل يلجأ اليك الطلاب لحل مشاكلهم بصفة عامة ؟

- نعم (1)
- لا (2)

(٣٤) هل حاولت التدخل للحد من انتشار التعاطي بين الطلاب ؟

- نعم انتقل الى (٣٥) (1)
- لا انتقل الى (٣٦) (2)

(٣٥) مــاهي الاجراءات التي اتخذتها حيــال ذلك ؟

- النصـح والارشــاد (1) ☐ 1
- احاطــة إدارة المدرســة (2) ☐ 2
- الاتصال بولي الأمــر (3) ☐ 3
- عقد ندوات توعيــة (4) ☐ 4
- التحويل الى وحدة توجيه الأطفال والبالغين (5) ☐ 5
- انزال عقاب (6) ☐ 6
- ليس من صلاحياتي (7) ☐ 7
- شرح الأضــرار الناتجة عن الادمان (8) ☐ 8
- أخرى تذكر .... (9) ☐ 9

....

....

(٣٦) هل حاولت متابعة بعض حالات التعاطي التي اكتشفتها ؟

- نعــم انتقل الى سؤال (٣٧) (1) ☐
- لا انتقل الى سؤال (٣٨) (2)

(٣٧) ومـا هي نتائج هذه المتابعة ؟

- الكف عن التعاطي (1) ☐ 1
- الاقلال من التعاطي (2) ☐ 2
- مواصلة العلاج بانتظام (3) ☐ 3
- لم يحدث تقدم يذكر (4) ☐ 4
- لا أعــرف (5) ☐ 5
- أخرى تذكر .... (6) ☐ 6

....

....

(٣٨) ولمـــاذا لم تحـــاول ؟

ـ عدم استجابة إدارة المدرســة	(1)	1
ـ عدم استجابة ولي الأمـر	(2)	2
ـ طلب ولي الأمر عدم التدخل	(3)	3
ـ لا توجد تيسيرات كافية لعقد ندوات التوعية	(4)	4
ـ انقطاع الطالب عن المدرسة	(5)	5
ـ عدم استجابة الطالب للعلاج	(6)	6
ـ عدم جدوى المحاولــة	(7)	7
ـ ليس من صلاحيـــاتي	(8)	8
ـ تأثير الشلة أو الصحبة أقــوى	(9)	9
ـ لم أكتشف حالة لمتابعتها	(10)	10
ـ أخرى تذكر	(11)	11

....

....

تعليق وملاحظات :

صحيفة البحث *

رقـــم « ٤ »

« الخاصة بعمال المدارس (الفراشين) »

إعـــداد

أ . د . محمـود الكـــــردي أ . د . فـــاروق اســماعيـــل
د . حســـن عيـــــد

* * *

إشـــــراف

د . عبد الله الكبيســـــي

أكتـــوبـــــر ١٩٨٦ م

---

* توجه هذه الصحيفة الى مجموعة من العمال (الفراشين) ببعض المدارس الأعدادية والثانوية بمدينة الدوحة .



يهدف هذا البحث إلى التعرف على الأتجاهات نحو مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب من خلال عينة عشوائية من العاملين (الفراشين) ببعض المدارس الأعدادية والثانوية بمدينة الدوحـة .

البيانات الواردة في هذه الصحيفة سرية للغاية ولا تستخدم إلا في الأغراض العلمية للبحث .

أولاً بيانات أساسية :-

(١) العمـــر ســــنة

(٢) الجنسية : (تحـــدد)

(٣) الديانـة :

مســـلم (1)

مســيحي (2)

أخـــرى (3)

(٤) الحالة التعليمية : أمـــي (1)

يقـرأ ويكـــتب (2)

أخـــرى تذكر (3)

(٥) عدد سنوات العمل بالمدرسة ســـنة ( )

(٦) الحالة الزواجية :

أعــــزب (1)

متزوج ولا يعول (2)

متزوج ويعول (3)

مطلـــــق (4)

أرمـــــل (5)

(٧) عدد الأبنـــاء :

ذكـــور (1)

أنــــاث (2)

بيان تفصيلي عن عدد الأبناء :

مسلسل	الأبنــاء	النـــوع ذكور اناث	الســن
١	الابن الأول		
٢	الابن الثاني		
٣	الابن الثالث		
٤	الابن الرابــع		
٥	الابن الخامـس		
٦	الابن الســادس		

1
2
3
4
5
6

(٨) الحي الذي تسكن به : (يذكر)

(٩) عدد حجرات المسكن : ( )

(١٠) نوعية حيازة المسكن :

حكومـــي (1)

ايجـــــار (2)

(١١) نمـط الســـكن :

مستقل (1)

مشترك (2)

(١٢) عدد الأفراد المقيمين بالمسكن فــــردا ( )

(١٣) الصلة بين المقيمين بالمسكن :

- أفـراد أسرة واحدة (1) 1
- أقــارب (2) 2
- من نفس الجنسية (3) 3
- من جنسيات مختلفة (4) 4

ثانياً تصور وجود المشكلة :

(١٤) هل هناك تلاميذ بالمدرسة التي تعمل بها يتعاطون المخدرات ؟ ☐

- نعم أنتقل إلى سؤال (١٦) (1)
- لا أنتقل إلى سؤال (٢٤) (2)
- لا أدري أنتقل إلى سؤال (٢٤) (3)

(١٥) هل هناك تلاميذ يتعاطون المخدرات بمدارس أخرى ؟ ☐

- نعم أنتقل إلى سؤال (١٦) (1)
- لا أنتقل إلى سؤال (٢٤) (2)
- لا أدري أنتقل إلى سؤال (٢٤) (3)

(١٦) كيف عرفت ذلك ؟

- من رؤيتى لهم (1) 1 ☐
- سمعت من بعض التلاميذ (2) 2 ☐
- سمعت من بعض زملائى (3) 3 ☐
- أخرى تذكر .... (4) 4 ☐

....

....

(١٧) من أين يحصل هؤلاء التلاميذ على المخدرات ؟

- من زملائهم من التلاميذ بالمدرسة (1) 1 ☐
- من بعض العاملين بالمدرسة (2) 2 ☐
- من الصيدليات (3) 3 ☐
- من مصادر أخرى .... (4) 4 ☐

....

(١٨) أين يتم التعاطي ؟ ☐

- بالمدرسة انتقل إلى (١٩) (1)
- خارج المدرسة انتقل إلى (٢٠) (2)

(١٩) ماهو المكان الذي يتم فيه التعاطي داخل المدرسة ؟

ـ بقاعة الدرس	(1)	1
ـ بفناء المدرسة	(2)	2
ـ ملاعب المدرسة	(3)	3
ـ حول سور المدرسة	(4)	4
ـ دورة المياه «حمامات»	(5)	5
ـ حجرة الفراشين	(6)	6
ـ حجرة الحارس	(7)	7
ـ أخرى تذكر	(8)	8

....

....

(٢٠) ما المكان الذي يتم فيه التعاطي خارج المدرسة ؟

ـ البـــر	(1)	1
ـ النـادي	(2)	2
ـ السـيارة	(3)	3
ـ مـنزل	(4)	4
ـ رحــلات البحــر	(5)	5
ـ خــارج البــلاد	(6)	6
ـ أخـرى تذكر	(7)	7

....

....

(٢١) هل تتصور أنها ظاهرة منتشرة بالمدرسة التي تعمل بها ؟

ـ منتشرة بكثرة	انتقل الى (٢٢)	(1)
ـ منتشرة الى حد ما	انتقل الى (٢٣)	(2)
ـ قليلة الانتشار	انتقل الى (٢٣)	(3)
ـ لا أدري	انتقل الى (٢٤)	(4)

(٢٢) كيف توصلت الى هذه النتيجة ؟

ـ من رؤيتي لعدد كبير من التلاميذ المتعاطين بالمدرسة	(1)	1 ☐
ـ من سماعي عنهم	(2)	2 ☐
ـ أخرى تذكر	(3)	3 ☐

....

....

(٢٣) ولماذا تعتقد أنها قليلة الانتشار ؟

ـ من قلة عدد المتعاطين الذي رأيته	(1)	1 ☐
ـ من سماعي عن عدد قليل من المتعاطين	(2)	2 ☐
ـ أخرى تذكر	(3)	3 ☐

....

....

ثالثا ملامح التعاطي :

(٢٤) كيف تتعرف على التلميذ المتعاطي ؟

ـ احتقان العينين	(1)	1 ☐
ـ الضعف والخمول	(2)	2 ☐
ـ شحوب الوجه	(3)	3 ☐
ـ التعب بعد اقل مجهود	(4)	4 ☐
ـ العدوان والتخريب	(5)	5 ☐
ـ تقلب المزاج	(6)	6 ☐
ـ اثارة مشكلات	(7)	7 ☐
ـ الكذب والسرقة	(8)	8 ☐
ـ أخرى تذكر	(9)	9 ☐

....

....

(٢٥) هل هناك تصرفات (سلوكية) تميز التلميذ المتعاطي داخل المدرسة ؟

ـنعم	انتقل الى سؤال (٢٦)	(1)
ـلا	انتقل الى سؤال (٢٧)	(2)
ـلا أدري	انتقل الى سؤال (٢٧)	(3)

(٢٦) مـاهــي ؟

- ـ الهروب اثناء الدوام المدرسي (1)
- ـعدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية (2)
- ـعدم احترام المدرسين (3)
- ـأخرى تذكر .... (4)

....

....

رابعاً أسباب التعاطـي ؟

(٢٧) ما الأسباب التي ترى أنها تقف وراء التعاطي ؟

- ـ سهولة الحصول على المخدر (1)
- ـ الصحبـة (2)
- ـ زيادة وقت الفراغ (3)
- ـ الغنــي (4)
- ـ التدليل الزائـد (5)
- ـعدم الميل للدراسة (6)
- ـأخـرى تذكر .... (7)

....

....

خامساً مشكلات مترتبة على التعاطي :

(٢٨) ما المشكلات المترتبة على تعاطي التلاميذ المخدرات في رأيك ؟

ـ تعدد الرسوب	(1)	1
ـ كثرة الغياب	(2)	2
ـ الضبط والتوقيف في جريمة	(3)	3
ـ انفاق مزيد من المال	(4)	4
ـ التصرف في الممتلكات الشخصية	(5)	5
ـ أخرى تذكر	(6)	6

....

....



رقم « ٥ »

« دليل دراسة الحالة »

إعداد

أ . د . فاروق اسماعيل　　　أ . د . محمود الكردي

د . حسن عيد

* * *

إشراف

د . عبد الله الكبيسي

* * *

أكتوبر ١٩٨٦ م

---

* ـ يعتمد في هذه الأداة على أسلوبي الملاحظة ، والمقابلة .

ـ تجمع المادة المتاحة بواسطة الباحثين الرئيسيين .

ـ تطبق هذه الأداة على حالات مدمنة بالفعل . . . .



أولا : بيانات أولية :

الأســـــم :

الســــن :

الجنسية : منطقة الاقــامــة

الحالـة التعليمية :

الترتيب بين الأخوة والأخوات :

الحالــة الاجتماعيــة :

وجـود الأب أو عدم وجـوده :

وجـود الأم أو غيابها :

عـدد مرات الزواج بالنسبة للأب :

عـدد مرات الزواج بالنسبة لـلأم :

المقيمون في الوحدة المعيشية :

ثانيا العلاقات الأسرية :

العلاقة بالأب : « مثل أعلى ـ مجرد دعم مادي ـ دعم عاطفي ـ تبادل الرأي والمشورة ـ النصح والارشاد ـ مناقشة المشاكل الشخصية ـ الثواب والعقاب (قيود على الحرية الشخصية ـ جسدى ـ حرمان ـ مادي ـ تأنيب وتوبيخ ـ ايذاء للمشاعر) ـ مدى الارتباط « الأهتمام أو اللامبالاة » ـ ايجابية الأب أو سلبيته ـ تفضيل الأب على الأم ـ المشكلات بين الأب والأبن ان وجدت . . . .

العلاقة بالأم : الدعم المادي ـ العاطفي ، الاستجابة للرغبات ـ النصح والارشاد ـ الثواب والعقاب ـ الخوف من الأم ـ قسوة الأم أو لينها ـ مشكلات بين الأبن والأم ونوعها ، تفضيل الأم عن الأب . . . .

ثالثاً العلاقة بين الأخوة والأخوات :

الترتيب، التفضيل للذكور، التفضيل للاناث، الى من يلجأ الابن عند الحاجة ؟ امكانية مناقشة المشاكل الخاصة معهم ـ قضاء وقت الفراغ ـ وجود نفور مع البعض وما الأسباب ؟

رابعاً التكيف أو التوافق الأمري :

الشعور بسعادة الأب والأم ـ العلاقة بين الوالدين سيئة ـ اللامبالاة بين الطرفين ـ اهمال كل منهما للآخر ـ احترام كل منهما للآخر ـ شعور الأم بالضعف وقلة الحيلة ـ تسلط الأب ـ الزواج بأخرى ـ تسلط الأم ـ القرارات من جانب واحد (الأب أو الأم) ـ رؤيته الشخصية للعلاقة الوالدية وتقييمه لها .

خامساً العلاقة بالاصدقاء :

عدم وجود أصدقاء ـ الميل للعزلة ـ يوجد أصدقاء ولايفضل مقابلتهم كثيراً ـ الحرية في اختيار الاصدقاء ـ قيود أسرية في اختيار الأصدقاء (رفض الأسرة لصديق ـ مدى حدوثه ؟ وماذا فعلت ؟ ـ حرية قضاء وقت الفراغ معهم ـ عدد المرات يومياً أو أسبوعياً ـ دعوة الأصدقاء للبيت أمر ميسور ـ حرية مقابلتهم في الخارج ـ ملاءمة الأصدقاء من حيث السن (أكبر، مناسب، أصغر) ـ مدى اللجوء للاصدقاء عند المشاكل (الأولوية للأب، للأم، للأخوة، للأصدقاء) . .

سادساً الحالة الصحية والمزاجية :

- أمراض سابقة : تحديد المرض وتاريخه أن أمكن
- أمراض أو اعراض نفسية : اكتئاب، الشعور بالضياع.
- أنطواء . . . أخرى تحدد .

سابعاً التاريخ الأدماني :

- تعاطي أحد الوالدين (نوع المخدر) .
- تعاطي أحد الأخـوة (نوع المخدر)
- تعاطي أحد الأقارب (نوع المخدر)
- تعاطي أحد الأصدقاء أو المعارف (نوع المخدر) .
- التعاطي لأول مرة (مع من ؟ وكيف ؟)
- تاريخ التعاطي ؟ المكان، الدافع للتعاطي أول مرة (التجريب أو الرغبة في التغيير، مسايرة الآخرين) .
- الشـعور بالنـدم
- مفاتحة الوالدين أو احدهما أو أحد الأخوة في ذلك . ردود الفعل .
- السـن عند التعاطي
- انواع المواد التي تعاطاها .
- تعاطي اكثر من مخدر، في وقت واحد .
- اسباب تغيير المخدر البحث عن مخدر أفضل، الاستمرارية بالنسبة لكل مخدر . (المعاناة التي ترتبت على غياب المادة المخدرة لفترة من الوقت . . . .)
- عدد مرات التعاطى أسبوعيا أو شهريا
- كيفية تدبير نفقات المخدر .
- مصادر الحصول على المخدر ـ صديق ـ قريب ـ أحد الأخوة ـ صيدلية . . . . الخ
- مشاكل ترتبت على التعاطي :
  - أسرية :
  - دراسية :
  - مالية :

- في مجال العمل :
- صحية ونفسية (أمراض عضوية - القدرة على التركيز . .)
- قانونية :

ثامناً الدافع وراء التقدم الى وحدة رعاية الأطفال والبالغين بالصحة المدرسية :

- الشعور الذاتي بالمشكلة
- الزام ولي الأمر
- عدم القدرة على الاقلاع عن المخدر .
- عدم القدرة على تدبير نفقات الادمان .
- تدهور الأحوال الصحية أو النفسية (حالات تسمم، نوبات صرع)
- التخلف الدراسي .
- نصيحة أحد الوالدين أو الأخوة أو الأقارب أو الاصدقاء .
- سوء الحالة الاجتماعية .
- تاريخ الوصول الى الوحدة النفسية .
- مدى معرفة الآخرين بالتردد على الوحدة النفسية .
- مدى تقدم العلاج . . . .
- حدوث حالات نكوص والعودة الى المخدر - (الأسباب)
- الاعتقاد في امكانية الشفاء، (الأسباب)
- الاعتقاد في عدم امكانية الشفاء، (الأسباب) .



ملحـــق رقـــم (٢)

جـــداول صحيفة البحـــث

أ ـ جداول صحيفة البحث رقم (١)

الخاصة بالطـــلاب

جدول رقم (١)
توزيع العينة وفقا للسن

فئـــات الســـن	التكرار	النسبة
أقل من ١٢ سنة	٨	٠,٩ ٪
من ١٢ إلى ١٦	٢٠١	٢١,٤٪
من ١٦ إلى ٢٠	٥٥٦	٥٩,٣٪
٢٠ سنة فأكثر	١٧٢	١٨,٣٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جـــدول رقم (٢)
توزيـــع العينـــة وفقـــا للجنســـية

الجنســـــــــية	التكرار	النسبة
غير محدد	٣٤	٪ ٣,٦
قطر	٥٩٧	٪٦٣,٦
السعودية	٢	٪ ,٢
البحرين	١٣	٪ ١,٧
الامارات	١	٪ ,١
عمان	٧	٪ ,٧
العراق	١	٪ ,١
اليمن الشمالى	٦	٪ ,٦
اليمن الجنوبى	٢	٪ ,٢
الأردن	٦٨	٪ ٧,٢
فلسطين	٩٤	٪١٠
سوريا	٨	٪ ,٩
لبنان	٥	٪ ,٥
اليمن (غير محدد شمالي أو جنوبي)	١١	٪ ١,٢
مصر	٥٣	٪ ٥,٧
السودان	٩	٪ ١
تونس	١	٪ ١
المغرب	١	٪ ١
الصومال	٦	٪ ,٦
الفلبين	٢	٪ ,٢
ايران	٥	٪ ,٥
باكستان	٦	٪ ,٦
بنجلاديش	٥	٪ ,٥
أخرى غير محدد	١	٪ ,١
دول افريقية غير عربية	٥	٪ ,٥
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (٣)
توزيـع العينـة وفقـا للديـانـة

الديـانـة	التكرار	النسبة
غـير مبـين	٢٣	٢,٥ ٪
مسـلم	٩٠٩	٩٦,٩٪
مسـيحى	٥	,٥ ٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٤)
توزيع العيـنة وفقـا للمرحـلة الدراسـية

المرحـلة	التكرار	النسبة
غـير مبـين	٢	,٢ ٪
اعـدادي	٣٠٨	٣٢,٩٪
ثانـوي	٦٢٧	٦٦,٩٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٥)
تـوزيـع العينـة وفقـا للشـعبة

الشـعبة	التكرار	النسبة
غـير مـبين (اعدادي)	٤٤٤	٪٤٧,٣
أدبـي	١٣٧	٪١٤,٦
علمـي	٣٥١	٪٣٧,٤
ريـاضـة	٥	٪ ,٦
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (٦)
تـوزيـع العيـنة وفقـا للصـف الدراسـي

الصـف الدراسـي	التكرار	النسبة
غـير مـبين	٤٧	٪ ٥,
أولى	٢٦	٪ ٢,٨
ثانيـة (اعدادي / ثانوي)	٤٧٣	٪٥٠,٤
ثالثـة	٣٩١	٪٤١,٧
	٩٣٧	٪١٠٠

جـدول رقم (٧)
توزيـع العينـة وفـق عـدد مـرات الرسـوب

عـدد مـرات الرسـوب	التكرار	النسبة
غير مبين (لم يرسب اطلاقا)	٥٩٢	٪٦٣,١
مرة	١٩٣	٪٢٠,٦
٢	٨٧	٪ ٩,٣
٣	٣٤	٪ ٣,٦
٤	١٧	٪ ١,٨
٥	٦	٪ ,٦
٦	٤	٪ ,٤
٧	١	٪ ,١
٩	٣	٪ ,٣
	٩٣٧	٪١٠٠

جـدول رقم (٨)
توزيع العينة وفق المستوى التعليمي للوالد

الحـالـة التعليميـة	التكرار	النسبة
غير مبين	٣٨	٪ ٤,١
أمـي	٢٢٧	٪٢٤,٢
يقرأ ويكتب	٢٥٤	٪٢٧,١
ابتدائية	٧٣	٪ ٧,٨
اعدادية	٧٢	٪ ٧,٧
ثانوية	١٠٤	٪١١,١
جامعية	١١٠	٪١١,٧
أعلى من جامعية	٥٩	٪ ٦,٣
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (٩)
توزيـــع العينـــــة وفــــق مهنــــة الوالـــــد

المهنــــــــــة	التكرار	النسبة
غير مبين	٩١	٪ ٩,٧
عاطل	١٣	٪ ١,٤
بالمعاش	١١٦	٪١٢,٤
طالب	١	٪ ,١
موظف أو كاتب حكومي	٢١٨	٪٢٣,٢
موظف فني	٢٦	٪ ٢,٨
عمال غير مهرة	٤٨	٪ ٥,١
عامل فني	٣٠	٪ ٣,٢
عامل في قطاع البترول	٥	٪ ,٥
الجيش	٥١	٪ ٥,٤
تاجر	١١٨	٪١٢,٦
مقاول ـ متعهد بناء	٢٧	٪ ٢,٩
موظف في الشرطة	١	٪ ,١
مهن فنية	٦٩	٪ ٧,٤
خبير	٢	٪ ,٢
مدرس	٥٧	٪ ٦,١
اخصائي اجتماعي	٢	٪ ,٢
متوفي	٦٢	٪ ٦,٦
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (١٠)
توزيع العينة وفق الترتيب في الأسرة

الترتيب	التكرار	النسبة
غير مبين	٩٣	٪ ٩,٩
الأول	١٦٦	٪١٧,٧
٢	١٤٠	٪١٤,٩
٣	١٣٣	٪١٤,٢
٤	١٢٣	٪١٣,١
٥	٩٥	٪١٠,١
٦	٨٣	٪ ٨,٨
٧	٦٥	٪ ٦,٩
٨	٢١	٪ ٢,٢
٩	١٦	٪ ١,٧
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (١١)
توزيع من جاء في الترتيب الأول
وفق النوع (ذكور أم اناث)

النوع	التكرار	النسبة
ذكور	٥١٢	٪٥٤,٦
اناث	٣٧٤	٪٣٩,٩
غير مبين	٥٢	٪ ٥,٥

جـدول رقم (١٢)
توزيع من جاء في الترتيب الثاني
وفق النوع (ذكور أم اناث) سؤال رقم ٩

النـــــوع	التكرار	النسبة
ذكـــــور	٤٥٩	٤٨,٩٪
انـــــاث	٣٩٨	٤٢,٤٪
غـير مبـــين	٧٩	٨,٤ ٪

جـدول رقم (١٣)
توزيع من جاءوا في الترتيب الثالث
وفق النوع (ذكور أم اناث) سؤال رقم ٩

النـــــوع	التكرار	النسبة
ذكـــــور	٤٣٠	٤٥,٨٪
انـــــاث	٣٧٠	٣٩,٤٪
غـير مبـــين	١٣٣	١٤,٥٪

جـدول رقم (١٤)
توزيع من جاءوا في الترتيب الرابع
وفق النوع (ذكور أم اناث) سؤال رقم ٩

النـــوع	التكرار	النسبة
ذكـــور	٣٩٥	٤٢,١٪
انـــاث	٣٢٩	٣٥,١٪
غـير مبـين	٢١٤	٢٢,٨٪

جـدول رقم (١٥)
توزيع من جاءوا في الترتيب الخامس
وفق النوع (ذكور أم أناث) سؤال رقم ٩

النـــوع	التكرار	النسبة
ذكـــور	٣٤٥	٣٦,٨٪
انـــاث	٢٦٦	٢٨,٤٪
غير مبين	٣٢٥	٣٤,٧٪

جدول رقم (١٦)

توزيـــع العينـــة وفق السكن (الفريج)

منطقة السكن	التكرار	النسبة
غـــير مبيـــن	١٠٠	٪١٠,٧٪
١ أبو فنطاس	١	٪ ,١
٢ العســيرى	٦	٪ ,٦
٣ الأصمــــغ	١	٪ ,١
٤ العزيزيـة	٧	٪ ,٧
٥ البحــارنـــة	١	٪ ,١
٦ البـــادي	٩	٪١
٧ الجســـرة	١	٪ ,١
٨ الغــرافـــة	٢٩	٪ ٣,١
٩ الهتمـــي	١٨	٪ ١,٩
١٠ AL KESHA	١	٪ ,١
١١ الخليفات	١٢	٪ ١,٣
١٢ الخـــور	٤	٪ ,٤
١٣ المنصــورة	٣٠	٪ ٣,٢
١٤ المرخيـــة	١٢	٪ ١,٣
١٥ المرقـــاب	٢	٪ ,٢
١٦ المنتـــزة	٢٩	٪ ٣,١
١٧ النصـــر	٢٢	٪ ٢,٣
١٨ النعيجه	٢	٪ ,٢
١٩ النجمـــة	١٤	٪ ١,٥
٢٠ الرميـــلة	١٧	٪ ١,٨
٢١ الســـد	٢٥	٪ ٢,٧
٢٢ السلطة الجديدة	١٠	٪ ١,١
٢٣ السلطــة القــديــم	١	٪ ,١
٢٤ الوكـــير	٤	٪ ,٤
٢٥ الـوكـــرة	٣٠	٪ ٣,٢
٢٦ الزبـــارة	٣	٪ ,٣

تابع ـ جدول رقم (١٦)
توزيع العينة وفق السكن (الفريج)

منطقة السكن	التكرار	النسبة
٢٧ الرويس	٢	٪ ,٢
٢٨ فريق بن درهام	١	٪ ,١
٢٩ فريق بن محمود	٤٥	٪ ٤,٨
٣٠ فريق بن عمران	٧٦	٪ ٨,١
٣١ دخـــــان	١	٪ ,١
٣٢ جـــازا	٥	٪ ,٥
٣٣ الغانم الجديد	١٠	٪ ١,١
٣٤ الغانم القديم	٨	٪ ,٩
٣٥ خليفة الجنوبية	١٦٩	٪١٨
٣٦ خليفة الشمالية	٥٤	٪ ٥,٨
٣٧ المطار القديم	٣٤	٪ ٣,٦
٣٨ Meezar	١١	٪ ١,٢
٣٩ مشـــيرب	١٢	٪ ١,٣
٤٠ الدوحة الجديدة	٤٠	٪ ٤,٣
٤١ رأس أبو عبود	٢	٪ ,٢
٤٢ الريان الجديد	٣٤	٪ ٣,٦
٤٣ الريان القديم	١٣	٪ ١,٤
٤٤ سلـــوى	٣	٪ ,٣
٤٥ أم غويلينـا	١٣	٪ ١,٤
٤٦ أم صلال علي	٣	٪ ,٣
٤٧ أم صلال محمد	٦	٪ ,٦
٤٨ وادي السيل	١	٪ ,١
٤٩ غير محدد	١	٪ ,١
		٪١٠٠

جدول رقم (١٧)
توزيـع العينـة وفقـاً لعـدد حجـرات المسـكن

عدد الحجرات	التكرار	النسبة
غير مبين	٤٦	٪ ٤,٩
١	١٣	٪ ١,٤
٢	١٢	٪ ١,٣
٣	٧٥	٪ ٨
٤	١١٢	٪١١,٩
٥	١٥٧	٪١٦,٧
٦	١٥١	٪١٦,١
٧	٩٠	٪ ٩,٦
٨	٧٣	٪ ٧,٨
٩	٥٦	٪ ٦
١٠	٣٣	٪ ٣,٥
١١	٢٣	٪ ٢,٥
١٢	٢٤	٪ ٢,٦
١٣	١٤	٪ ١,٥
١٤	٣	٪ ,٣
١٥	١٥	٪ ١,٦
١٦	٢	٪ ,٢
١٧	٢	٪ ,٢
١٨	٣	٪ ,٣
١٩	٣	٪ ,٣
٢٠	١٥	٪ ١,٦
٢١	٢	٪ ,٢
٢٢	٣	٪ ,٣
٢٤	١	٪ ,١
٢٥	٤	٪ ,٤
٢٦	١	٪ ,١
٣٠	٤	٪ ,٤
	٩٣٧	٪١٠٠

جـدول رقم (١٨)
توزيع العينـة وفق نوعية المسكن (ملك ـ ايجار ـ حكومي)

نـــــوع الســكن	التكرار	النسبة
غير مبين	٦	٪ ,٦
مـــلك	٤٨٥	٪٥١,٧
حكـــــومي	٢٥٣	٪٢٦,٨
ايجـــــار	١٩٣	٪٢٠,٦

جـدول رقم (١٩)
توزيع العينـة وفق نمط السكن

نـمط الســكن	التكرار	النسبة
غير مبين	١٥	٪ ١,٦
فيــــلا	٣٠١	٪٣٢,٦
بيت شعبي	٤٦٩	٪٥٠
شـــقة	١١١	٪١١,٨
أخــــرى	٣٩	٪ ٤,٢

جدول رقم (٢٠)

توزيع العينة وفق تصورهم لنوعية المواد المخدرة (س ١٢)

المــــواد المخــــدرة	التكرار	النسبة
اسبرين	١٨٢	٪ ٢,٨
حشيش	٩٠١	٪١٤
حبوب منبهة	٣٢٠	٪ ٥
مهدئات فاليوم روش ٢	٣٣٤	٪ ٥,٢
المنومات	٩١٤	٪ ٦,٥
حبوب الهلوسة	٥٥٤	٪ ٨,٦
الكوكايين	٧٣٤	٪١١,٤
الهيروين	٧٩٢	٪١١,٦
الأفيون (ترياق)	٧٥٤	٪١١,٧
مركبات الأفيون ـ المورفين ، الكوداين	٥٩٣	٪ ٨,٥
البترول والصمغ والغراء	٦٤٩	٪١٠,١
أخرى تذكر	٢٩٢	٪ ٤,٥
		٪١٠٠

جدول رقم (٢١)

توزيع العينة وفق نوعية المواد المخدرة

(أخـــرى تـذكـــر)

نــــوع المخــــــــــدر	التكرار	النسبة
غير مبين (أولئك الذين ذكروا المخدرات في الجدول السابق)	٦٧٥	٪٧٢
١ نمل أسود + سجائر	١٠	٪ ١,١
٢ سفن أب + بيف باف	١	٪ ,١
٣ سفن أب + بيرة	١	٪ ,١
٤ حبوب من الصيدليات (كل خمس حبات مرة واحدة)	٣	٪ ,٣
٥ دواء البروتوفيل للكحة	٢٥	٪ ٢,٧
٦ كولونيـــا	٤٩	٪ ٥,٢
٧ كريم نيفيا بالخبز	١٧	٪ ١,٨
٨ حرق النمل وشم رائحته	٥	٪ ,٥
٩ ماكس فورت	٢	٪ ,٢
١٠ البان على البيسي كولا وأخذ الاستيم والتطعيم به	٨	٪ ,٩
١٢ خبز في ماسورة العادم مع تشغيل المحرك	١	٪ ,١
١٣ القـــات	٤٩	٪ ٥,٢
١٤ الإثـــير	٢	٪ ,٢
٢٠ العـــرقي	١٤	٪ ١,٥
٢١ الكلوروفورم	١	٪ ,١

تابع ـ جدول رقم (٢١)
توزيع العينة وفق نوعية المواد المخدرة
(أخـــرى تذكـــر)

نـــــوع المخـــــــــدر	التكرار	النسبة
٢٢ الماريجوانا	٢	٢, ٪
٢٤ المعسل + الكرد (خفيف)	٣	٣, ٪
٢٥ مكس (خليط من هيروين + كوكايين)	٣	٣, ٪
٢٦ برادة الالمونيوم	١	١, ٪
٢٧ تنبـــاك ثقيل	١	١, ٪
٢٨ توم + هيل + قشور الحمضيات	١	١, ٪
٢٩ تيم + اسبرين	٢	٢, ٪
٣٠ حبوب تربترول (صفراء)	١٣	١,٤ ٪
٣١ سبرتو + عطر	١٦	١,٧ ٪
٣٢ شوكي (بودرة مخدرة)	٢	٢, ٪
٣٣ عصارة الأشجار	١	١, ٪
٣٤ غاز الولاعة	٦	٦, ٪
٣٥ كبسولات فاليوم (المخدرة)	٧	٧, ٪
٣٦ كـــــراك	٢	٢, ٪
٣٧ (كوتش) اطار السيارات	١	١, ٪
٣٨ مخدر استيكى (يضاعف الصوت)	١	١, ٪
٣٩ اسيتون (مزيل الكتابة)	١	١, ٪
٤٠ نمل + اكتفيد + نيفيا + شعر العقال	٧	٧, ٪
٤٢ يـــــود	٣	٣, ٪

جدول رقم (٢٢)
توزيع العينة وفق مصدر السماع عن المواد المخدرة

المخـــــــدر	التكرار	النسبة
من الأفلام والمسلسلات (تليفزيون)	٧٨٧	٢٥,٦٪
من الأفلام والمسلسلات (فيديو)	٦٠٦	١٩,٧٪
زملاء وأصدقاء	٤٠٥	١٣,١٪
أقارب وإخوان	١٩٤	٦,٣٪
من السفر للخارج	٢٨٤	٩,٢٪
الصحف والمجلات	٦٩٧	٢٢,٦٪
رجال الشرطة	٦	,٦٪
القراءة (دون تحديد)	٥	,٥٪
من الأباء والأمهات	١	,١٪
من الرؤية المباشرة	٦	,٦٪
من المدمنين أنفسهم	٢	,٢٪
البرامج الطبية	٣	,٣٪
المواعظ في المساجد	٨	,٩٪
محاضرة أو ندوة ثقافية	٣	,٣٪
غير محدد	٤	,٤٪

جدول رقم (٢٣)
توزيع العينة وفق احتمالية السفر للخارج في العطلات الرسمية

احتماليـــة الســـفر	التكرار	النسبة
غير مبين	٣٦	٣,٨٪
نعـــم	٧٣٩	٧٨,٨٪
لا	١٦٢	١٧,٣٪

جدول رقم (٢٤)
توزيع العينة وفق عدد مرات السفر للخارج

عــــدد المـــرات	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٠٢	٪٢١,٥
مرة	٢٢٦	٪٢٤,١
٢	١٤٣	٪١٥,٢
٣	١٠٠	٪١٠,٧
٤	٦٢	٪ ٦,٦
٥	٤٣	٪ ٤,٦
٦	٢٥	٪ ٢,٧
٧	٢٧	٪ ٢,٩
٨	٢٢	٪ ٢,٣
٩	١٢	٪ ١,٣
١٠	١٧	٪ ١,٨
١١	٣	٪ ,٣
١٢	٦	٪ ,٦
١٣	٥	٪ ,٥
١٤	١	٪ ,١
١٥	١٠	٪ ١,١
١٦	٤	٪ ,٤
١٧	٢	٪ ,٢
١٨	١	٪ ,١
١٩	١	٪ ,١
٢٠	١١	٪ ١,٢
٢١	—	—
٢٢	—	—
٢٣	١	٪ ,١
٢٤	—	—
٢٥	٢	٪ ,٢
٢٦	١	٪ ,١
٢٧	—	—

جدول رقم (٢٥)
توزيع العينة وفق مدة السفر للخارج (سؤال ١٥)

المــــدة	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٤٥	٪٢٦,١
أقل من شهر	٢٦٤	٪٢٧,٩
١ - ٢	١٦٤	٪١٧,٤
٢ - ٣	١٠١	٪١٠,٧
٣ - ٤	٥٣	٪ ٥,٦
٤ - ٥	٢٣	٪ ٢,٤
٥ - ٦	٨	٪ ,٩
٦ - ٧	١٧	٪ ١,٨
٧ - ٨	٤	٪ ,٤
٨ - ٩	٧	٪ ,٧
٩ - ١٠	٨	٪ ,٩
١٠ - ١١	٩	٪١
١١ - ١٢	—	—
١٢ - ١٣	٧	٪ ,٧
١٣ - ١٤	—	—
١٤ - ١٥	٣	٪ ,٣
١٥ - ١٦	٢	٪ ,٢
١٦ - ١٧	٢	٪ ,٢
١٧ - ١٨	—	—
١٨ - ١٩	٣	٪ ,٣
١٩ - ٢٠	—	—
٢٠ - ٢١	٢	٪ ,٢
٢١ - ٢٢	١	٪ ,١
٢٢ - ٢٣	—	—
٢٣ - ٢٤	—	—
٢٤ - ٢٥	٥	٪ ,٥

تابع ـ جدول رقم (٢٥)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الثانية في الترتيب

الجهـــــة	التكرار	النسبة
٢٥ ـ ٢٦	—	—
٢٦ ـ ٢٧	—	—
٢٧ ـ ٢٨	٢	٢, ٪
٢٨ ـ ٢٩	—	—
٢٩ ـ ٣٠	—	—
أكثر من ثلاثين شهر	٨	٨, ٪

جدول رقم (٢٦)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الأولى في الترتيب

الجهـــــة	التكرار	النسبة
غير مبين	١٨٣	١٩,٥٪
قطر	١	,١ ٪
الكويت	١٧	١,٨ ٪
السعودية	١٠١	١٠,٨٪
البحرين	٥٥	٥,٩ ٪
الامارات	١١٨	١٢,٦٪
عمان	٣	,٣ ٪
العراق	٥	,٥ ٪
اليمن (الشمالي والجنوبي)	٣	,٣ ٪
الأردن	٣٧	٣,٩ ٪
فلسطين	١٢	١,٣ ٪
سوريا	١٧	١,٨ ٪
لبنان	١٤	١,٥ ٪
مصر	١٣٨	١٤,٧٪
السودان	٢	,٢ ٪
ليبيا	١	,١ ٪
تونس	١	,١ ٪
الجزائر	١	,١ ٪
المغرب	١	,١ ٪
موريتانيا	١	,١ ٪

تابع جدول رقم (٢٦)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج

الجهة	التكرار	النسبة
الصين الشعبية	٢	,٢ ٪
الفلبين	١	,١ ٪
الهند	٢٢	٢,٣ ٪
اليابان	١	,١ ٪
ايران	٢	,٢ ٪
باكستان	٢	,٢ ٪
بنجلاديش	١	,١ ٪
تايلاند	٦	,٦ ٪
تركيا	٥	,٥ ٪
كوريا الجنوبية	٤	,٤ ٪
كوريا الشمالية	١	,١ ٪
اسبانيا	١	,١ ٪
ألمانيا الاتحادية	١٨	١,٩ ٪
انجلترا	٩٦	١٠,٢ ٪
النمسا	١١	١,٢ ٪
اليونان	٥	,٥ ٪
ايطاليا	٢	,٢ ٪
بلجيكا	١	,١ ٪
سويسرا	١	,١ ٪
فرنسا	١١	١,٢ ٪
قبرص	١١	١,٢ ٪
هولندا	١	,١ ٪

تابع ـ جدول رقم (٢٦)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج

الجهة	التكرار	النسبة
تشيكوسلوفاكيا	٢	,٢ ٪
بلغاريا	١	,١ ٪
أخرى	١	,١ ٪
الاتحاد السوفيتي	—	—
الولايات المتحدة الأمريكية	١١	١,٢ ٪
البرازيل	٢	,٢ ٪
دول أفريقية غير عربية	٥	,٥ ٪
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (٢٧)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الثانية في الترتيب

الجهـــــــة	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٨٧	٣٠,٦٪
الكويت	٣٣	٣,٥ ٪
السعودية	٩٢	٩,٨ ٪
البحرين	٥٥	٥,٩ ٪
الامارات العربية	٧٨	٨,٣ ٪
عمان	٩	١٪
العراق	٢	,٢ ٪
اليمن الشمالي والجنوبي	٣	,٣ ٪
الأردن	٣٦	٣,٨ ٪
فلسطين	٨	,٩ ٪
سوريا	٢٢	٢,٣ ٪
لبنان	١٤	١,٥ ٪
مصر	٦١	٦,٥ ٪
ليبيا	١	,١ ٪
تونس	٢	,٢ ٪
الجزائر	٣	,٣ ٪
المغرب	١	,١ ٪
الفلبين	٣	,٣ ٪
الهند	٢٢	٢,٣ ٪
اليابان	١	,١ ٪
ايران	٣	,٣ ٪
باكستان	١	,١ ٪
تايلاند	٦	,٦ ٪
تركيا	١٢	١,٣ ٪

تابع ـ جدول رقم (٢٧)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الثانية في الترتيب

الجهـــــــة	التكرار	النسبة
كوريا الجنوبية	٣	,٣ ٪
كوريا الشمالية	١	,١ ٪
ماليزيا	١	,١ ٪
اسبانيا	٤	,٤ ٪
الدنمارك	١	,١ ٪
المانيا الاتحادية	١٧	١,٨ ٪
المملكة المتحدة	٧١	٧,٦ ٪
النمسا	١٥	١,٦ ٪
اليونان	٨	,٩ ٪
ايرلندا	١	,١ ٪
ايطاليا	١	,١ ٪
بلجيكا	٣	,٣ ٪
سان ماريو	١	,١ ٪
سويسرا	٦	,٦ ٪
فرنسا	٢٤	٢,٦ ٪
قبرص	١٥	١,٦ ٪
هولندا	٣	,٣ ٪
الولايات المتحدة	٦	,٦ ٪
البرازيل	٢	,٢ ٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٢٨)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الثالثة في الترتيب

الجهـــــة	التكرار	النسبة
غير مبين	٤٢٦	٤٥,٤٪
قطر	١	,١ ٪
الكويت	٢٥	٢,٧ ٪
البحرين	٤٨	٥,١ ٪
الامارات العربية	٥٩	٦,٣ ٪
عمان	٥	,٥ ٪
العراق	٤	,٤ ٪
الاردن	٢٠	٢,١ ٪
فلسطين	٦	,٦ ٪
سوريا	١٤	١,٥ ٪
لبنان	١٠	١,١ ٪
مصر	٣٤	٣,٦ ٪
السودان	١	,١ ٪
تونس	١	,١ ٪
الجزائر	٣	,٣ ٪
المغرب	٦	,٦ ٪
الصومال	٢	,٢ ٪
الصين الشعبية	١	,١ ٪
الفلبين	٣	,٣ ٪
الهند	٢١	٢,٢ ٪
اندونيسيا	١	,١ ٪
ايران	٢	,٢ ٪
باكستان	١	,١ ٪

تابع ــ جدول رقم (٢٨)

الجهـــــــة	التكرار	النسبة
تايلاند	١	٪ ,١
تركيا	٩	٪ ,١
سنغافورة	١	٪ ,١
كوريا الجنوبية	١	٪ ,١
ماليزيا	١	٪ ,١
اسبانيا	٢	٪ ,٢
السويد	١	٪ ,١
المانيا الاتحادية	١٧	٪ ١,٨
المملكة المتحدة	٣٧	٪ ٣,٩
النمسا	٦	٪ ,٦
اليونان	٨	٪ ,٩
ايطاليا	٣	٪ ,٣
بلجيكا	٤	٪ ,٤
سان مارينو	٢	٪ ,٢
سويسرا	٦	٪ ,٦
فرنسا	٢٠	٪ ٢,١
قبرص	١٤	٪ ١,٥
مالطا	١	٪ ,١
هولندا	٦	٪ ,٦
الاتحاد السوفيتي	٢	٪ ,٢
رومانيا	٣	٪ ,٣
بلغاريا	٤	٪ ,٤
الولايات المتحدة	١٣	٪ ١,٤
كندا	١	٪ ,١
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (٢٩)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الرابعة في الترتيب

الجهـــــــة	التكرار	النسبة
غير مبين	٥٧١	٦٠,٩٪
الكويت	٢١	٢,٢ ٪
السعودية	٤٠	٤,٣ ٪
البحرين	٣٧	٣,٩ ٪
الامارات العربية	٤٨	٥,١ ٪
عمان	٩	١ ٪
العراق	٧	,٧ ٪
الاردن	٧	,٧ ٪
فلسطين	٥	,٥ ٪
سوريا	١٤	١,٥ ٪
لبنان	١٠	١,١ ٪
مصر	٢٧	٢,٩ ٪
السودان	٢	,٢ ٪
تونس	١	,١ ٪
الجزائر	٢	,٢ ٪
المغرب	١	,١ ٪
افغانستان	١	,١ ٪
الفلبين	٢	,٢ ٪
الهند	١٩	٢ ٪
اليابان	١	,١ ٪
ايران	٢	,٢ ٪
باكستان	٢	,٢ ٪
تايلاند	١	,١ ٪
تركيا	٧	,٧ ٪

تابع ـ جدول (٢٩)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الرابعة في الترتيب

الجهـــــــة	التكرار	النسبة
سنغافورة	١	,١ ٪
كوريا الجنوبية	٢	,٢ ٪
ماليزيا	١	,١ ٪
نيبـــال	١	,١ ٪
اسبانيا	٢	,٢ ٪
ألمانيا الاتحادية	١١	١,٢ ٪
المملكة المتحدة	٢٨	٣ ٪
النمسا	٥	,٥ ٪
اليونان	٦	,٦ ٪
بلجيكا	٢	,٢ ٪
سويسرا	٢	,٢ ٪
فرنسا	١٣	١,٤ ٪
قبرص	٧	,٧ ٪
هولندا	١	,١ ٪
رومانيا	١	,١ ٪
بلغاريا	٣	,٣ ٪
أخرى	٢	,٢ ٪
الولايات المتحدة	١٣	١,٤ ٪

جدول رقم (٣٠)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الخامسة في الترتيب

الجهـــــة	التكرار	النسبة
غير مبين	٦٨٨	٧٣,٣٪٪
الكويت	١٨	١,٩ ٪
السعودية	٣٣	٣,٥ ٪
البحرين	١٩	٢ ٪
الامارات	٢٨	٣ ٪
عمان	٩	١ ٪
العراق	٤	,٤ ٪
الاردن	٩	١ ٪
فلسطين	٢	,٢ ٪
سوريا	٧	,٧ ٪
لبنان	٨	,٩ ٪
مصر	١٦	١,٧ ٪
السودان	١	,١ ٪
تونس	١	,١ ٪
المغرب	٣	,٣ ٪
موريتانيا	١	,١ ٪

تابع ـ جدول رقم (٣٠)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة الخامسة في الترتيب

الجهـــــة	التكرار	النسبة
الهند	١٠	١,١ ٪
اندونيسيا	١	,١ ٪
ايران	٢	,٢ ٪
اليابان	٢	,٢ ٪
بنجلاديش	١	,١ ٪
تايلاند	١	,١ ٪
تركيا	١٠	١,١ ٪
سنغافورة	١	,١ ٪
كوريا الجنوبية	١	,١ ٪
السويد	١	,١ ٪
المانيا الاتحادية	٦	,٦ ٪
المملكة المتحدة	١٨	١,٩ ٪
النمسا	٦	,٦ ٪
ايطاليا	١	,١ ٪
سويسرا	٤	,٤ ٪
فرنسا	٨	,٩ ٪
قبرص	٤	,٤ ٪
هولندا	٢	,٢ ٪
تشيكوسلوفاكيا	١	,١ ٪
بلغاريا	٣	,٣ ٪
أمريكا	٢	,٢ ٪
كندا	١	,١ ٪

جـدول رقم (٣١)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة السادسة في الترتيب

الجهـــة	التكرار	النسبة
غير مبين	٧٦٣	٨١,٣٪
الكويت	١٥	١,٦ ٪
السعودية	١٤	١,٥ ٪
البحرين	٢٣	٢,٣ ٪
الامارات	٢٦	٢,٧ ٪
عمان	٢	,٢ ٪
العراق	٢	,٢ ٪
الاردن	٣	,٣ ٪
فلسطين	٣	,٣ ٪
سوريا	٥	,٥ ٪
لبنان	٤	,٤ ٪
مصر	١٤	١,٥ ٪
تونس	٢	,٢ ٪
الجزائر	٢	,٢ ٪
المغرب	٥	,٥ ٪
الهند	٨	,٨ ٪
ايران	٤	,٤ ٪
تايلاند	٣	,٣ ٪
تركيا	٤	,٤ ٪

تابع ــ جدول رقم (٣١)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
الدولة السادسة في الترتيب

الجهـــة	التكرار	النسبة
ألمانيا الاتحادية	٤	٤, ٪
انجلترا	٦	٦, ٪
النمسا	١	١, ٪
اليونان	٤	٤, ٪
بلجيكا	١	١, ٪
سويسرا	٤	٤, ٪
فرنسا	٩	٩, ٪
قبرص	٢	٢, ٪
مالطة	١	١, ٪
هولندا	١	١, ٪
الولايات المتحدة الأمريكية	٢	٢, ٪
البرازيل	١	١, ٪

جدول رقم (٣٢)
توزيع العينة وفق جهة السفر بالنسبة لدول مجلس التعاون
(في الأولويات الست جميعا)

الجهـــة	التكرار	النسبة
الكويت	١٢٩	١١,٦٪
السعودية	٣٥٦	٣١,٩٪
البحرين	٢٣٧	٢١,٣٪
الامارات	٣٥٧	٣٢,٠٪
عمان	٥٧	٣ ٪
	١١١٦	١٠٠٪

جدول رقم (٣٣)
توزيع العينة وفق جهة السفر
بالنسبة للدول العربية الآسيوية والأفريقية
في الأولويات الست جميعا

الجهـــة	التكرار	النسبة
العراق	٢٤	٣,٦ ٪
اليمن الشمالي والجنوبي	٦	,٩ ٪
الاردن	١١٢	١٧٪
فلسطين	٣٦	٥,٤ ٪
سوريا	٧٩	١٢٪
لبنان	٦٠	٩,١ ٪
مصر	٢٩٠	٤٤,٢٪
السودان	٦	,٩ ٪
ليبيا	٢	,٣ ٪
تونس	٨	١,٢ ٪
الجزائر	١١	١,٦ ٪
المغرب	١٧	٢,٥ ٪
موريتانيا	٢	,٣ ٪
الصومال	٢	,٣ ٪
	٦٥٥	١٠٠٪

جدول رقم (٣٤)
توزيع العينة وفق جهة السفر للخارج
بالنسبة للدول الآسيوية غير العربية
(في الأولويات الست جميعاً)

الدولة	التكرار	النسبة
الصين الشعبية	٣	١,٣ ٪
الفلبين	٩	٣,٩ ٪
الهند	١٠٢	٤٤,٩ ٪
اليابان	٥	٢,٢ ٪
ايران	١٥	٦,٦ ٪
باكستان	٧	٣ ٪
بنجلاديش	٢	,٨ ٪
تايلاند	١٨	٧,٩ ٪
تركيا	٤٧	٢٠,٧ ٪
كوريا الجنوبية	١٢	٥,٢ ٪
كوريا الشمالية	٢	,٨ ٪
ماليزيا	٢	,٨ ٪
سنغافورة	٢	,٨ ٪
نيبال	١	,٤ ٪
	٢٢٧	١٠٠٪

جدول رقم (٣٥)
توزيـع العيـنة وفـق جـهة السـفر للخـارج
بالنسبة لدول أوروبا الغربية والشرقية
ودول أمريكا الشمالية والجنوبية (في الأولويات الست جميعا)

الدولـــــة	التكرار	النسبة
أسبانيا	٩	٪ ١,٣
ألمانيا الاتحادية	٧٣	٪١٠,٧
انجلترا	٢٥٦	٪٣٧,٥
النمسا	٤٤	٪ ٦,٤
اليونان	٣١	٪ ٤,٥
ايطاليا	٧	٪ ١
بلجيكا	١١	٪ ١,٦
سويسرا	٢٣	٪ ٣,٣
فرنسا	٨٥	٪١٢,٥
قبرص	٥٣	٪ ٧,٧
هولندا	١٤	٪ ٢
تشيكوسلوفاكيا	٣	٪ ,٤
بلغاريا	١١	٪ ١,٦
الاتحاد السوفيتي	٣	٪ ,٤
رومانيا	٤	٪ ,٦
الولايات المتحدة	٤٧	٪ ٧
كنـــدا	٢	٪ ,٣
البرازيل	٥	٪ ,٧
	٦٨١	٪١٠٠

جدول رقم (٣٦)
توزيع العينة وفق ادراكهم لوجود مشكلة
« لتعاطي المخدرات بين الشباب في قطر »

وجود المشكلة من عدمه	التكرار	النسبة
غير مبين	١٠	٪ ١,١
نعم	٦٤١	٪٦٨,٣
لا	٢٧	٪ ٢,٩
لا أدرى	٢٦٠	٪٢٧,٧

جدول رقم (٣٧)
توزيع العينة وفق لمعرفتهم أن
« تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

يتعاطون / لا يتعاطون	التكرار	النسبة
غير مبين	٨	٪ ,٩
نعم	٣٠٥	٪٣٢,٤
لا	١١٧	٪١٢,٥
لا أدرى	٥٠٨	٪٥٤,٢

جدول رقم (٣٨)
توزيع العينة وفقا لادراكهم
للمشكلة قبل الالتحاق بالمدرسة أم بعده

الادراك للمشكلة	التكرار	النسبة
غير مبين	٥٨٦	٦٢,٥٪
قبل الالتحاق	٨٨	٩,٤ ٪
بعد الالتحاق مباشرة	٧٨	٨,٣ ٪
بعد الالتحاق بمدة طويلة	١٧٢	١٨,٣٪
أخـــرى	١٤	١,٥ ٪

جدول رقم (٣٩)
توزيع العينة وفقا لكيفية المعرفة بوجود المشكلة

كيفيــة المعـــرفة	التكرار	النسبة
من رؤيتي لبعض التلاميذ يتعاطون	٥٥	١٠,٢ ٪
من الملامح الجسمية والنفسية	١٩٩	٣٦,٩٪
من حديث زملائهم عنهم	٢٠٠	٣٧٪
من شكوى المدرسين منهم	٣٧	٦,٩ ٪
من بعض العمال بالمدرسة	٢٠	٣,٧ ٪
أخـــرى تذكـــر	٢٩	٥,٤ ٪

جدول رقم (٤٠)
توزيع العينة وفقا لمكان التعاطي
(داخل أو خارج المدرسة)

مكان التعاطـــي	التكرار	النسبة
غير مبين	٣٩٩	٤٢,٥٪
داخل المدرسة	٢٢	٢,٢ ٪
خارج المدرسة	٤٠٢	٤٢,٩٪
داخل وخارج المدرسة	١١٥	١٢,٣٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٤١)
توزيع العينة وفقا لتحديد مكان التعاطي
(داخـــــل المدرســـــة)

المـــــكان	التكرار	النسبة
قاعة الدرس	٨	٢,٤ ٪
ملاعب المدرسة	٤٠	١٢,١٪
حول سور المدرسة	٩٥	٢٨,٧٪
دورة المياه	١٣٥	٤٠,٨٪
حجرة الفراش	٢٩	٨,٨ ٪
فوق سطح المدرسة	١	,٣ ٪
أي مكان حسب الفرصة	٢٣	٦,٩ ٪
	٣٣١	١٠٠٪

جدول رقم (٤٢)
توزيع العينة وفقا
لتحديد مكان التعاطي خارج المدرسة

المكـــان	التكرار	النسبة
في البر	٤١٦	٢٥,٨٪
اثناء رحلات البحر	٣٤٧	٢١,٥٪
في المنزل	١٦٢	١٠٪
في السيارة	٢٥٤	١٥,٧٪
خارج البلاد	٣٩٨	٢٤,٦٪
بالقرب من فندق الشيراتون	٣	,٣ ٪
بالقرب من مدينة خليفة	١	,١ ٪
في الطريق من وإلى المدرسة	١	,١ ٪
في بعض الفنادق الشهيرة الأخرى	٤	,٤ ٪
أي مسكن تتفق عليه الشلة	٤	,٤ ٪
في أي مكان ملائم حسب الظروف	٢٥	١,٥ ٪

جدول رقم (٤٣)
توزيع العينة وفقـا
«للسماع عن تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى»

السماع من عدمه	التكرار	النسبة
غير مبين	٣٣	٣,٥ ٪
نعـــم	٤٤٠	٤٦,٩٪
لا	٤٦٥	٤٩,٦٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٤٤)
توزيع العينة وفقا
« للطريقة التي عرف بها أن هناك
تلاميذ يتعاطون المخدرات في مدارس أخرى »

طريقة المعرفة	التكرار	النسبة
من معرفتي لهؤلاء	٥٩	٨,٩ ٪
من سماعي عنهم	٣٨١	٥٧,٧٪
من مظهرهم وشكلهم	١٩٥	٢٩,٥٪
أخرى	٢٥	٣,٨ ٪
	٦٦٠	١٠٠٪

جدول رقم (٤٥)
توزيع العينة وفقا
« لمدى معرفة تلاميذ بالمدرسة يتعاطون المخدرات »

التعاطي	التكرار	النسبة
غير مبين	٤٦	٤,٩ ٪
نعم	٢٠٣	٢١,٦٪
لا	٦٨٩	٧٣,٥٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٤٦)
توزيع العينة وفقا لكيفية
« معرفة أن هؤلاء التلاميذ يتعاطون »

كيفيـة المعـرفـة	التكرار	النسبة
من حديث زملائه عنه	١٢٨	٣٢,٣٪
من أحاديثه معي	٦٢	١٥,٦٪
من رؤيتي المباشرة له وهو يتعاطي	٥٢	١٣,١٪
من شكله وملامحه	١٣٩	٣٤,٩٪
أخـرى تذكـر	١٧	٤,٣٪

جدول رقم (٤٧)
توزيع العينة وفقا
« لتقييمه لعلاقات هذا التلميذ بزملائه »

طبيعـة العـلاقـة	التكرار	النسبة
عادة وطبيعية	٨١	١١,٤٪
قوية ومتينة	٢٣	٣,٢٪
ضعيفة ومتدهورة	١٤٠	١٩,٨٪
منعزل	١٠٠	١٤,١٪
منعزل إذا كان مدمنا أكثر من اللازم	٨١	١١,٤٪
علاقة قوية بالآخرين (إذا كان تعاطيه محدودا)	٣٣	٤,٧٪
علاقة محدودة مع الذين يتعاطون مثله	٦٥	٩,٢٪
علاقته سيئة لمحاولته تخريب الآخرين	٩٥	١٣,٤٪
لا أدرى	٦٥	٩,٢٪
أخـرى تذكـر	٢٥	٣,٥٪
	٧٠٨	١٠٠٪

جدول رقم (٤٨)
توزيـع العينـة وفقـا
« لمدى استطاعته تمييز المتعاطي »

القدرة على التمييز	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٥	٢,٧ ٪
نعـــم	٦٧٦	٧٢,١٪
لا	٢٣٦	٢٥,٢٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٤٩)
توزيع العينة وفقا
« للملامح التي تميز التلميذ المتعاطي »

الملامح المميزة	التكرار	النسبة
من احتقان العينين وزيغ البصر	٤٤٠	١٢,٤٪
الضعف والخمول وشحوب الوجه	٥٠٦	١٤,٣٪
الانطواء والعزلة	٢٦٧	٧,٥ ٪
الاكتئاب	٢٢٢	٦,٣ ٪
العدوان والتدمير	١٩٧	٥,٦ ٪
سرعة التعب بأقل مجهود	٣٩٨	١١,٢٪
اثارة مشكلات	٢١٨	٦,٢ ٪
سوء العلاقات مع الزملاء	١٩٥	٥,٥ ٪
الكذب والسرقة	٢٦٩	٧,٦ ٪
كثرة التغيب عن المنزل	٤١٤	١١,٧٪
فقدان التفاهم الأسري	٣٣٥	٩,٥ ٪
اهمال مظهره وملابسه	١	,١ ٪
تغطية الوجه بالغترة والنظارة	٣	,٣ ٪
من رؤيتي لمكان الابر في يديه	١	,١ ٪
الخوف والفزع من أي شيء	٣	,٣ ٪
الضعف الروحاني والابتعاد عن المسجد	٤	,٤ ٪
عدم التركيز	٢	,٢ ٪
أصابع اليدين صفراء وجافة	٦	,٦ ٪
العصبية	٣	,٣ ٪
كثرة التغيب عن المدرسة	٢	,٢ ٪
النحافة المفرطة	٥	,٥ ٪
طريقته في المشي	٨	,٨ ٪
أخرى تذكر	٤٣	١,٢ ٪
	٣٥٤٢	١٠٠٪

جدول رقم (٥٠)
توزيع العينة وفقا
«لوجود تصرفات (سلوكيات) تميز المتعاطي داخل المدرسة»

وجـود سلوكيـات	التكرار	النسبة
غير مبين	١٣٥	١٤,٣٪
نعـــم	٤٧٥	٥٠,٦٪
لا	١٠٢	١٠,٩٪
لا أدرى	٢٢٦	٢٤,١٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٥١)
توزيع العينة وفقا
«لماهية التصرفات أو السلوكيات التي تميز المتعاطي»

التصرفات أو السلوكيات	التكرار	النسبة
كثرة الغياب	٣٨٦	٢٠,٧٪
تعدد مرات الرسوب	٣٠٨	١٦,٥٪
تكرار الغش	١٣٨	٧,٤٪
عدم احترام المدرسين	٢٨٨	١٥,٥٪
الهروب اثناء الدوام المدرسي	٣٢٣	١٧,٣٪
النعاس أو النوم أثناء الدرس	٣٥٣	١٨,٩٪
العــزلة في الصـف	٥	,٢٪
الخمول والضعف الواضح	٥	,٢٪
إثارة المشاكل (المشاغبة)	١٠	,٥٪
أخـــــرى	٥١	٢,٦٪
	١٨٦٧	١٠٠٪

جدول رقم (٥٢)
توزيـــع العينـــة وفقـــا
« للأســـباب العامـــة للتعـــاطـــي »

الأســـباب العـــامـــة	التكرار	النسبة
سهولة الحصول على المخدر	٣٠٥	١٦,٤٪
الرغبة في التجريب	٥٨٥	٣١,٥٪
وسائل الاعلام (تليفزيون/فيديو/صحافة)	٣٤٩	١٨,٨٪
الصحبة	٥٤٣	٢٩,٢٪
وقت الفراغ والملل	١٣	,٧ ٪
وفرة المال	١٠	,٥ ٪
المشاكل الأسرية (التفكك الاسري - مضايقات الأهل)	١٥	,٨ ٪
مشاكل نفسية	٥	,٢ ٪
عدم مراقبة الأب لأبنه	٤	,٢ ٪
اثبات الرجولة	٣	٠,١٦ ٪
تقليد الآباء والإخوة	٤	,٢ ٪
السفر للدول الأجنبية غير الاسلامية	١٠	,٥ ٪
عدم وجود وازع ديني	٨	,٤ ٪
	١٨٥٤	١٠٠٪

جدول رقم (٥٣)
توزيع العينة وفقا
« للأسـباب الاجتماعيـة المؤديـة للتعـاطـي »

الأسـباب الاجتماعيـة	التكرار	النسبة
مشكلات مستمرة بين الأب والأم	٤٤٤	٩,٩ ٪
وفاة أحد الوالدين أو كليهما	٣٧٦	٨,٤ ٪
القسوة الشديدة في التنشئة	٣٨٧	٨,٦ ٪
التدليل الزائد	٥٠٥	١١,٣ ٪
افتقاد القدوة الحسنة	١٧	,٤ ٪
عدم القدرة على شغل وقت الفراغ	٤٣٦	٩,٧ ٪
غياب الأب	٣٤٣	٧,٧ ٪
المـلل	٤٢٧	٩,٥ ٪
صحبة المتعاطـين	٦٦٨	١٤,٩ ٪
الاحسـاس بالضيـاع	٣١٦	٧,١ ٪
تجمعات الشباب في المجالس دون رقابة	٤٧٦	١٠,٦ ٪
أخـرى تذكـر	٨٥	١,٩ ٪
السفر للخارج	٢	,٠٥ ٪
عدم مراقبة الأبناء	٩	,٢ ٪
تعاطي الأب أو احد أفراد الأسرة	٣	,٠٧ ٪
الفشـل	٤	,١ ٪
	٤٤٩٧	١٠٠ ٪

جدول رقم (٥٤)
توزيع العينـة وفقـا
« للأسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي »

الأسباب الاقتصادية	التكرار	النسبة
الفقر الذي يؤدي إلى المغامرة من أجل المـال	٤٢٥	٢٢,٥٪
الغـنى	٥٧٤	٣٠,٣٪
سهولة الحصول على ثمن المخدر	٤٤١	٢٣,٣٪
البعض يحصل عليه دون مقابل	٣٨٨	٢٠,٥٪
استغلال التجار للشباب	٦	,٣ ٪
سهولة التهريب	٦	,٣ ٪
السعة المادية بعد الفقر	١	,٠٥ ٪
عدم القدرة على انفاق المال	١	,٠٥ ٪
أخـرى تـذكـر	٥٠	٢,٦ ٪
	١٨٩٢	١٠٠٪

جدول رقم (٥٥)
توزيع العينة وفق
« تصورهم للصعوبات المدرسية المؤدية للتعاطي »

الصعـــــوبـــــــات	التكرار	النسبة
الفشل نتيجة التأخر الدراسي	٤٨١	٪٢١,٤
صعوبة المقررات الدراسية وطولها	٢٥٩	٪١١,٥
تباين مستوى التحصيل بين تلاميذ الفصل الواحد	١٠٤	٪ ٤,٦
عدم ملاءمة المناخ المدرسي	١٤٥	٪ ٦,٥
عدم المـــيل للدراسة	٤٧٥	٪٢١,١
الطـــرد من الصـــف	٣٤٥	٪١٥,٤
عدم التفاهم مع المدرسين	٣٥٨	٪١٥,٩
عدم فعالية المواد المدرسية في علاج الادمان	٢	٪ ,٠٩
عدم تفهم مشاكل الطلاب	٥	٪ ,٢٢
قســوة بعض المدرســين	٤	٪ ,١٧
مخالطـــة المدمنـــين	٣	٪ ,١٣
التفرقة في المعاملة بين الطلاب والقهر النفسي	٥	٪ ,٢٢
أخـــرى تـــذكـــــر	٦١	٪ ٢,٦٥
	٢٢٤٧	٪١٠٠

جدول رقم (٥٦)
توزيع العينـــة وفقـــا
« لتصوراتهم للمشكلات المترتبة على التعاطي »

المشـــكلات المـــترتبـــة	التكرار	النسبة
التأخر الدراسي	٤٦٦	١٢,٩٪
الانقطاع عن الدراسة	٥١٧	١٤,٣٪
انفاق المزيد من المال لتمويل التعاطي	٥٥٢	١٥,٣٪
الضبط والتوقيف في جريمة	٤٠٨	١١,٣٪
التقليد بين الاخوة في الأسرة	٣٧٠	١٠,٢٪
الاساءة إلى السمعة العائلية	٥٦٥	١٥,٧٪
تدهور صحة المتعاطي	٦٧٠	١٨,٦٪
المـــرض	١	,٠٢٪
الوفـــاة	٢	,٠٥٪
اللـــواط	٣	,٠٨٪
الضـــياع	٣	,٠٨٪
نقل عدوى الادمان للآخرين	٢	,٠٥٪
غـــير ذلـــك	٥١	١,٤٪
	٣٦١٠	١٠٠٪

جدول رقم (٥٧)
توزيـع العينـة وفقـــا
« لمدى احساس الطلاب الآخرين بوجود مشكلة الادمان »

الاحساس بوجود المشكلة	التكرار	النسبة
غير مبين	٤٤	٤,٦ ٪
نعــــم	٤٠٧	٤٣,٤٪
لا	٧٣	٧,٨ ٪
لا أدرى	٤١٤	٤٤,١٪
	٩٣٧	١٠٠٪

جدول رقم (٥٨)
تـوزيـــع العيـنة وفـــق
« تصرفاتــهم لمواجــهة مشـــكلة التـــعاطي »

التصرفات لمواجهة المشكلة	التكرار	النسبة
لم يفعلوا شيئا	٢٥٢	٣١,١٪
المشلكة ليست لها حل	٧٥	٩,٣ ٪
لا يوجد من يساعدهم على الحل	٢٥٩	٣٢٪
لجأوا للاخصائي الاجتماعي	٦٦	٨,١ ٪
ذهبوا إلى الطبيب النفسي	١٢٠	١٤,٨٪
ذهبـوا للخـارج للعــلاج	١	,١ ٪
ذهبـوا لتغـيير الــدم	٩	١,١ ٪
الايـــداع في الســجن	٣	,٤ ٪
الذهاب إلى سلاح الدروع	٥	,٦ ٪
أخـــــرى تذكـــــر	٢٠	٢,٤ ٪
	٨١٠	١٠٠٪

جدول رقم (٥٩)

توزيــــع العينـــــة وفـــــق

« مدى لجوء التلاميذ المتعاطين للاخصائي الاجتماعي »

اللجــوء للاخصـــائي	التكرار	النسبة
غير مبــين	٧٩	٪ ٨,٤
نعـــم	١٥٦	٪١٦,٦
لا	٧٠٣	٪٧٤,٩
	٩٣٧	٪١٠٠

جدول رقم (٦٠)

توزيــــع العينـــــة وفـــــق

« توقعهم لما يفعله الاخصائي الاجتماعي تجاه المدمنين »

دور الاخصائي الاجتماعي	التكرار	النسبة
لم يفعل شيئا	٤٧	٪ ٤,١
يبلغ ادارة المدرسة للتدخل	١٠٥	٪ ٩,٢
يبلغ أولياء الأمور	١٥٤	٪١٣,٥
يحوله إلى رائد الفصل أو الاسرة	٥١٧	٪٤٥,٣
يحوله إلى الصحة المدرسية	٩٩	٪ ٨,٧
يوجه إليه النصيحة	١٩٣	٪١٦,٩
أخـــرى تـــذكـــر	٢٦	٪ ٢,٣
	١١٤١	٪١٠٠

جدول رقم (٦١)
توزيع العينــة وفقــا
« للأسباب التي تحول دون اللجوء للاخصائي الاجتماعي »

الأســـــباب	التكرار	النسبة
لأنه لا يفعل شيئا	٢٨٦	١٨,٦٪
للخشية من الاتصال بولى الأمر	٥٩٦	٣٩٪
للخوف من التحويل للصحة المدرسية	٢٦١	١٧٪
للمشاكل التي حدثت للآخرين الذين لجأوا إليه	٢٨٩	١٨,٨٪
يفضحه بين أسرته وجيرانه	٢١	٢,٢ ٪
الاتصال بالشرطة	١١	١,٢ ٪
انه مجرد موظف لا يستطيع فهمه	١٠	١ ٪
		١٠٠٪

جدول رقم (٦٢)
تـوزيـع العينـة وفـق
« تصرف المبحوث تجاه صديق أو زميل يتعاطي المخدرات »

التصرف (رد الفعل)	التكرار	النسبة
النصح بالعلاج	٦١٩	٢٥٪
أنصحه بالتوجه إلى الاخصائي	٢٦٢	١٠,٥٪
أنصحه بالتوقف عن التعاطي	٦٣٩	٢٥,٧٪
اذكره بعقاب الله	٧٦٠	٣٠,٧٪
لا أستطيع ان أفعل شيئا	٦٢	٢,٥ ٪
أنصحه بقضاء وقت فراغه في ممارسة هواياته	٥	,٢ ٪
ابتعد عن صحبته واقطع علاقتي به	٤	,٢ ٪
اخبر والديه واخوته	٩	,٤ ٪
أوضح له المشاكل المترتبة على المخدر وأحاول منعه	١٧	,٧ ٪
ابلـغ الشـرطة	٥	,٢ ٪
أخـرى تذكـر	١٠٠	,٤ ٪
		١٠٠٪

ب ـ جـداول صحيفـة البحـث رقم (٢)

الخاصـة بأوليـاء الأمـور

جدول رقم (١)
توزيع العينة وفقا للسن

فئات السن	التكرار	النسبة
غير مبين	١	١٠ ٪
أقل من ٣٠ سنة	٣	٣ ٪
من ٣٠ إلى أقل من ٣٥	٤	٤ ٪
من ٣٥ إلى أقل من ٤٠	١٦	١٦٪
من ٤٠ إلى أقل من ٤٥	٢٦	٢٦٪
من ٤٥ إلى أقل من ٥٠	٢٠	٢٠٪
من ٥٠ إلى أقل من ٥٥	١٤	١٤٪
من ٥٥ إلى أقل من ٦٠	٥	٥ ٪
من ٦٠ إلى أقل من ٦٥	٦	٦ ٪
من ٦٥ إلى أقل من ٧٠	٣	٣ ٪
من ٧٠ إلى أقل من ٧٥	—	—
من ٧٥ إلى أقل من ٨٠	١	١ ٪
من ٨٠ فأكثر	١	١ ٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـــدول (٢)
تـــوزيـــع العينـــة وفقـــا للجنســـية

الجنســـــية	التكرار	النسبة
غير مبين	٩	٩ ٪
قطـــري	٧٩	٧٩٪
اليمن الشمالي	١	١ ٪
أردني	١	١ ٪
فلسطيني	٦	٦ ٪
مصري	٤	٤ ٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٣)
تـــوزيـــع العينـــة وفقـــا للديـــانـــــة

الديـــــانـــــة	التكرار	النسبة
مســـــلم	١٠٠	١٠٠٪

جدول رقم (٤)
توزيع العينة وفقا للحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة
غير مبين (مطلق / أرمل)	٥	٪ ٥
متزوج ويعول	٩٤	٪٩٤
أرمل	١	٪ ١
	١٠٠	٪١٠٠

جدول رقم (٥)
توزيع العينة وفقا للحالة التعليمية

الحالة التعليمية	التكرار	النسبة
أمي	١٨	٪١٨
يقرأ ويكتب	٢٠	٪٢٠
ابتدائية	٨	٪ ٨
اعدادية	١٩	٪١٩
ثانوية	١٩	٪١٩
جامعية	١٣	٪١٣
أعلى من الجامعية	٣	٪ ٣
	١٠٠	٪١٠٠

جدول رقم (٦)
توزيع العينة وفقا للحالة العملية

الحالة العملية	التكرار	النسبة
غير مبين	١	١ ٪
يعمل	٨٩	٨٩٪
متقاعد	١٠	١٠٪
متوفي	—	—
	١٠٠	١٠٠٪

جدول رقم (٧)
توزيع العينة وفقاً للحالة المهنية
(أعمال حرة أو عاملون بأجر)

الحالة المهنية	التكرار	النسبة
تاجر	٢٣	٢٣٪
مقاول	٩	٩ ٪
حرفي (صاحب ورشة أو جراج)	٤	٤ ٪
مهن علمية وفنية	٦	٦ ٪
مهن ادارية	٣٦	٣٦٪
مهن كتابية	٢	٢ ٪
مهن خدمات	١١	١١٪
مهن زراعية وصيد	١	١ ٪
عمال انتاج	—	—
أخرى	٨	٨ ٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٨)
تــوزيـــع العـــينة وفقــا لعـــدد الأبنـــاء

عـــدد الأبنـــاء	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	١٣	١٣٪
ابـــن واحـــد	١	١٪
٢	٤	٤٪
٣	١٢	١٢٪
٤	١٢	١٢٪
٥	٩	٩٪
٦	٣٤	٣٤٪
٧	٦	٦٪
٨	٤	٤٪
٩	٣	٣٪
١٠	١	١٪
١١	١	١٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٩)
توزيـــع العيـــنة وفقـــا لســـن الابـــن الأول

الســـن	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٣	٢٣٪
٢	١	١٪
٥	١	١٪
٨	١	١٪
٩	١	١٪
١٢	١	١٪
١٣	٦	٦٪
١٤	٣	٣٪
١٥	١١	١١٪
١٦	٧	٧٪
١٧	٣	٣٪
١٨	٩	٩٪
١٩	٣	٣٪
٢٠	٢	٢٪
٢١	٢	٢٪
٢٢	٢	٢٪
٢٣	٢	٢٪
٢٤	١	١٪
٢٥	٤	٤٪
٢٦	١	١٪
٢٧	٧	٧٪
٢٩	١	١٪
٣٠	٣	٣٪
٣٤	١	١٪
٣٥	٢	٢٪
٣٩	١	١٪
٥٠	١	١٪
	١٠٠	١٠٠٪

ملحوظة : نسبة أولئك الذين تجاوز طفلهم الأول ١٢ سنة فيما فوق تشكل ٨٣٪ .

جــدول رقــم (١٠)
تــوزيــع العيــنة وفقــا نــوع الأبــن الأول

النـــــوع	التكرار	النسبة
غــير مبــين	١٧	٪١٧
ذكـــــور	٥٧	٪٥٧
انـــــاث	٢٦	٪٢٦
	١٠٠	٪١٠٠

جـــدول رقــم (١١)
توزيــــع العــينــة وفقـــا لســـن الأبــن الثـــاني

الســـن	التكرار	النسبة
غـير مبـين	٢٤	٢٤٪
١	٢	٢ ٪
٦	٣	٣ ٪
١٠	١	١ ٪
١١	٣	٣ ٪
١٢	٦	٦ ٪
١٣	٦	٦ ٪
١٤	١٠	١٠٪
١٥	٦	٦ ٪
١٦	٢	٢ ٪
١٧	٥	٥ ٪
١٨	٣	٣ ٪
١٩	٢	٢ ٪
٢٠	٤	٤ ٪
٢٢	٤	٤ ٪
٢٣	٢	٢ ٪
٢٤	١	١ ٪
٢٥	٦	٦ ٪
٢٦	٢	٢ ٪
٢٧	٢	٢ ٪
٢٩	١	١ ٪
٣٢	٣	٣ ٪
٣٧	١	١ ٪
٤٥	١	١ ٪
	٦٧	١٠٠٪

ملحوظة : نسبة أولئك الذين تجاوز طفلهم الثاني ١٢ سنة فيما فوق تشكل ٦٧٪ .

جدول رقم (١٢)
توزيع العينة وفقا لنوع الأبن الثاني

النوع	التكرار	النسبة
غير مبين	١٨	١٨٪
ذكور	٤٤	٤٤٪
اناث	٣٨	٣٨٪
	١٠٠	١٠٠٪

جدول رقم (١٣)
توزيع العينة وفقا لسن الأبن الثالث

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٩	٢٩٪
١	٢	٢ ٪
٤	١	١ ٪
٦	٣	٣ ٪
٧	٣	٣ ٪
٨	٢	٢ ٪
٩	١	١ ٪
١٠	٤	٤ ٪
١١	٤	٤ ٪
١٢	٥	٥ ٪
١٣	٨	٨ ٪
١٤	٢	٢ ٪
١٥	٦	٦ ٪
١٧	٥	٥ ٪
١٨	٣	٣ ٪
١٩	٣	٣ ٪
٢٠	٢	٢ ٪
٢١	١	١ ٪
٢٢	٣	٣ ٪
٢٣	٢	٢ ٪
٢٤	٣	٣ ٪
٢٥	٣	٣ ٪
٢٧	١	١ ٪
٣٠	١	١ ٪

تابع جـــدول رقـــم (١٣)
تـوزيــع العيـنـة وفقــا لســن الأبــن الثـالــث

الســـــن	التكرار	النسبة
٣١	١	١ ٪
٣٥	١	١ ٪
٤٢	١	١ ٪
	١٠٠	١٠٠٪

ملاحظة :

نسبة أولئك الذين تجاوز ابنهم الثالث ١٢ سنة فيما فوق تشكل ٥١٪ .

جــــدول رقم (١٤)
تـــوزيـــع العـــينة وفقـــا لنـــوع الأبــن الثـالـث

النـــــوع	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	٢٣	٢٣٪
ذكـــــور	٤٨	٤٨٪
انـــــاث	٢٩	٢٩٪
	١٠٠	١٠٠٪

جدول رقم (١٥)
توزيع العينة وفقا لسن الأبن الرابع

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٤٢	٤٢٪
٢	١	١ ٪
٣	٢	٢ ٪
٤	٢	٢ ٪
٦	٢	٢ ٪
٧	٣	٣ ٪
٨	٥	٥ ٪
٩	١	١ ٪
١٠	٦	٦ ٪
١١	٢	٢ ٪
١٢	٣	٣ ٪
١٣	٤	٤ ٪
١٤	٣	٣ ٪
١٥	٢	٢ ٪
١٦	٢	٢ ٪
١٧	٤	٤ ٪
١٨	١	١ ٪
١٩	١	١ ٪
٢٠	٣	٣ ٪
٢٢	٢	٢ ٪
٢٣	٢	٢ ٪
٢٤	٢	٢ ٪
٢٥	١	١ ٪
٢٦	١	١ ٪
٣٠	١	١ ٪

(تابع) جــدول رقــم (١٥)
تــوزيــع العــينة وفقــا لســن الأبــن الــرابــع

الســـن	التكرار	النسبة
٣٤	١	١ ٪
٤٠	١	١ ٪
	١٠٠	١٠٠٪

* نسبة أولئك الذين تجاوز ابنهم الرابع ١٢ سنة فأكثر ٣٤٪ .

جــدول رقــم (١٦)
تــوزيــع العينـة وفقــا لنـــوع الأبــن الرابــع

النـــوع	التكرار	النسبة
غــير مــبين	٣٦	٣٦٪
ذكـــور	٤١	٤١٪
انـــاث	٢٣	٢٣٪
	١٠٠	١٠٠٪

جدول رقم (١٧)
توزيع العينة وفقا لسن الأبن الخامس

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٥٤	٥٤٪
١	٢	٢٪
٣	١	١٪
٤	٢	٢٪
٥	٣	٣٪
٦	٢	٢٪
٧	٢	٢٪
٨	٢	٢٪
٩	٢	٢٪
١٠	٤	٤٪
١١	٣	٣٪
١٢	٢	٢٪
١٣	٢	٢٪
١٥	٥	٥٪
١٦	١	١٪
١٨	٣	٣٪
١٩	٢	٢٪
٢٠	٢	٢٪
٢٢	١	١٪
٢٣	٢	٢٪
٢٦	١	١٪
٣٨	١	١٪
	١٠٠	١٠٠٪

* نسبة الذين تجاوز ابنهم الخامس ١٢ سنة فأكثر ٢٢٪ .

جـــدول رقـــم (١٨)
تـــوزيـــع العيـــنـــة وفقـــا لنـــوع الأبـــن الخـامـــس

النـــــوع	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	٤٨	٤٨٪
ذكـــــور	٢٩	٢٩٪
انــــــاث	٢٣	٢٣٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـــدول رقــم (١٩)
تــوزيـــع العـــينة وفـــقاً لمنطقـــة الاقـامـــة

منطقــة الاقــامـــة	التكرار	النسبة
غــير مبــين	٤٤	٪٤٤
أبو فنـــطاس	١	٪ ١
الغــرافـــة	٤	٪ ٤
الجميــلية	١	٪ ١
الخـــور	٤	٪ ٤
المنصـــورة	٣	٪ ٣
المرخـــية	١	٪ ١
المرقـــاب	٢	٪ ٢
المنـــتزه	١	٪ ١
النصـــر	١	٪ ١
النجمـــة	٣	٪ ٣
الســـد	٢	٪ ٢
السلطة الجديدة	١	٪ ١
الوكـــرة	٣	٪ ٣
بن محمود	١	٪ ١
بن عمران	٥	٪ ٥
دخـــان	١	٪ ١
الغانم الجديد	٥	٪ ٥
م . خليفة الجنوبية	٣	٪ ٣
م . خليفة الشمالية	١	٪ ١
المطار القديم	٣	٪ ٣
المـــيزار	١	٪ ١
الدوحة الجديدة	١	٪ ١
الريان الجديد	٣	٪ ٣
الريان القديم	٤	٪ ٤
أم غويلينـــا	١	٪ ١
	١٠٠	٪١٠٠

جدول رقم (٢٠)
توزيع العينة وفقاً لنمط السكنى

نمط السكن	التكرار	النسبة
غير مبين	١	١ ٪
فيلا	٣٥	٣٥٪
بيت عربي	٥٤	٥٤٪
شقة	٦	٦ ٪
أخرى	٤	٤ ٪
	١٠٠	١٠٠٪

جدول رقم (٢١)

توزيع العينة وفقاً لعدد غرف المسكن

عدد الغرف	التكرار	النسبة
غير مبين	٦	٦ ٪
٢	١	١ ٪
٣	١١	١١٪
٤	١٧	١٧٪
٥	١٥	١٥٪
٦	١٧	١٧٪
٧	١٤	١٤٪
٨	٨	٨ ٪
٩	١	١ ٪
١٠	٦	٦ ٪
١١	١	١ ٪
١٢	١	١ ٪
١٣	١	١ ٪
١٤	١	١ ٪
	١٠٠	١٠٠٪

جدول رقم (٢٢)
توزيع العينة وفقا لنوعية حيازة المسكن

نوعية الحيازة	التكرار	النسبة
ملك	٥٠	٥٠٪
حكومي	٤٤	٤٤٪
ايجار	٦	٦٪
	١٠٠	١٠٠٪

جدول (٢٣)
توزيع العينة وفقا لمدى ادراكهم
لوجود مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب في قطر

وجود المشكلة	التكرار	النسبة
نعم	٨٠	٨٠٪
لا	٩	٩٪
لا أدرى	١١	١١٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـدول رقـم (٢٤)
توزيـــع العـــينة وفقـــا لمدى ادراكهم
لوجود مشكلة تعاطي المخدرات بين تلاميذ المدارس في قطر

وجـــود المشـــكلة	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	١	١ ٪
نعـــم	٦٣	٦٣٪
لا	٦	٦ ٪
لا أدرى	٣٠	٣٠٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـــدول رقم (٢٥)
توزيع العينة وفقا لكيفية معرفتهم
أن بعض تلاميذ المدارس يتعاطون المخدرات

كيفيـــة المعـــرفـــة	التكرار	النسبة
من حديث الناس في المجالس	٤٨	٥٥,٢٪
من حديث ابني عن زملائه بالمدرسة	٦	٦,٩ ٪
من حضوري لمجالس الآباء والمدرسين	١٠	١١,٥٪
من أوليـاء الأمور الآخرين	٢٠	٢٣٪
أخـــرى	٣	٣,٤ ٪
	٨٧	١٠٠٪

جـــدول رقم (٢٦)
توزيـع العينـــة وفـــقاً للاعتقـــاد بمـــدى انتشـــار
ظاهرة التعاطي بين التلاميذ

مـــدى الانتشار	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	١١	١١٪
منتشر بكثرة	٧	٧ ٪
إلى حـــد مـــا	٣٣	٣٣٪
قليلـــة الانتشـــار	٣٠	٣٠٪
لا أدرى	١٩	١٩٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٢٧)
توزيع العينة وفقاً لكيفية التوصل إلى هذه النتيجة
(تقديرهم لمدى انتشار الظاهرة)

كيفـــية التوصـــل	التكرار	النسبة
من مناقشات مجالس الآباء	١٣	١٠,٣٪
من حديث ابني عن المشكلة	١٠	٧,٩ ٪
من وسائل الاعلام	٤٠	٣١,٧٪
من قريب أو صديق يعمل في التعليم	٨	٦,٣ ٪
من حديث الناس بالمجالس	٥٤	٤٢,٩٪
أخـــرى	١	,٨ ٪
	١٢٦	١٠٠٪

جـــدول رقم (٢٨)
توزيع العينة وفقاً لنوعية وسائل الاعلام
التي تعرف من خلالها على ظاهرة التعاطي

وســـائل الاعــــلام	التكرار	النسبة
تليفـزيـــون ـ فيـــديـــو	٤١	٩٥,٣٪
صحـــف	—	—
أخـــرى	٢	٤,٧ ٪
	٤٣	١٠٠٪

جـــدول رقــم (٢٩)
توزيع العينة وفقاً لامكانية تحديد ملامح تميز المتعاطي

امكانيـــة التحـــديـــد	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	٣	٣ ٪
نعـــم	٧٠	٧٠٪
لا	٢٧	٢٧٪
	١٠٠	١٠٠٪

جــدول رقــم (٣٠)
توزيع العــينة وفقا لكيفية تحديد هذه الملامح

كيفيـــة التحـــديــد	التكرار	النسبة
من احتقان العينين وزيغ البصر	٤٣	١٧,٨٪
من الضعف والخمول وشحوب الوجه	٤٩	٢٠,٣٪
من الانطواء والعزلة	٣٣	١٣,٧٪
قلة الحركة وبطء التفكير	٣٣	١٣,٧٪
من العدوان والتخريب	١٣	٥,٤ ٪
من سرعة التعب بعد بذل أقل مجهود	١٦	٦,٦ ٪
من اثـــارة مشـــكلات	٢٣	٩,٥ ٪
الكــذب والســرقة	٢٩	١٢٪
أخـــرى	٢	,٨ ٪
	٢٤١	١٠٠٪

جــدول رقــم (٣١)
تــوزيــع العـــينة وفـــقا
لوجود تصرفات (سلوكيات) تميز الشباب المتعاطي

وجود تصرفات (سلوكيات)	التكرار	النسبة
غـــير مبيـــن	٤	٤ ٪
نعــــم	٨٠	٨٠٪
لا	١٦	١٦٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـدول رقـم (٣٢)
تـوزيــع العــينة وفقــا
لماهيــة التصــرفــات أو الســلوكيــات المميزة للمتــعاطــي

ماهية التصرفات أو السلوكيات	التكرار	النسبة
كثرة التغيب عن المنزل	٥٦	٢٢٪
سوء العلاقات مع الوالدين والأخوة	٤٠	١٥,٧٪
السهر خارج المنزل	٥٣	٢٠,٩٪
الميل للعنف والتخريب	١٢	٤,٧٪
التمرد على الوالدين	٣٣	١٣٪
اللامبالاة وعدم الاهتمام	٤٥	١٧,٧٪
السلبية وعدم العناد	١٣	٥,١٪
أخــــرى	٢	,٨٪
	٢٥٤	١٠٠٪

جـدول رقـم (٣٣)
توزيع العينة وفقا لرأيهم فى مدى تأثير تعاطي المخدرات في التحصيل الدراسي

مدى تأثير التعاطي في التحصيل	التكرار	النسبة
غـير مبـين	٢	٢٪
نعـــم	٩٠	٩٠٪
لا	—	—
لا أدرى	٨	٨٪
	١٠٠	١٠٠٪

جـــدول رقــم (٣٤)

توزيع العينة وفقا لرأيهم في علامات
تأثير تعاطي المخدرات على التحصيل الدراسي

عــلامــــات التأثـــير	التكرار	النسبة
انخفاض التقديرات (العلامات)	٤٩	٣٠,٦٪
تكرار مرات الرسوب	٧٠	٤٣,٨٪
التزوير في علامات الشهادات	١١	٦,٩ ٪
اخطار المدرسة (شكوى المدرسين)	٢٨	١٧,٥٪
أخـــــرى	٢	١,٣ ٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقــم (٣٥)

توزيع العينة وفق الأسباب العامة للتعاطي

الأسباب العامة للتعاطي	التكرار	النسبة
سهولة الحصول على المخدر	٣٨	٩٠,٥٪
الرغبة في التجريب	—	—
وســـــائل الأعـــلام	—	—
الصحـــــبة	—	—
أخـــــرى	٤	٩,٥ ٪
	٤٢	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٣٦)

توزيع العينـــة وفـــقا

لرؤيتهم للأسباب الاجتماعية المؤدية للتعاطي

الأســــــباب الاجتمــاعيـــة	التكرار	النسبة
مشكلات مستمرة بين الأب والأم	٤٧	١٤,٦٪
وفاة أحد الوالدين أو كليهما	٣٠	٩,٣٪
القسوة الشديدة في التنشئة الاجتماعية	٣٥	١٠,٨٪
التدليل الزائد من أحد الوالدين	٥٤	١٦,٧٪
الأبن الذكر الوحيد	١١	٣,٤٪
افتقاد القدوة الحسنة	٤٤	١٣,٦٪
عدم القدرة على شغل وقت الفراغ	٤٤	١٣,٦٪
تغـــيب الأب	٣٩	١٢,١٪
الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم	١٨	٥,٦٪
أخـــــرى	١	,٣٪
	٣٢٣	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٣٧)

تـــوزيـــع العـــينة وفـــقاً

لرؤيتهم للأسباب الاقتصادية المؤدية للتعاطي

الأســــــباب الاقتصــاديـــة	التكرار	النسبة
الفقر (والذي يؤدى إلى المغامرة للحصول على المال)	٤١	٢٦,١٪
الغـــــنى	٥٥	٣٥,٠٪
سهولة الحصول على ثمن المخدر	٦٠	٣٨,٢٪
أخـــــرى	١	,٦٪
	١٥٧	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٣٨)
تـــوزيـــع العــــينة وفــــقا
لرؤيتهم للأسباب التربوية (المدرسية) المؤدية للتعاطي

الأســــباب الــتربـــويـــة	التكرار	النسبة
الفشل نتيجة التأخر الدراسي	٥٩	٣٧,١٪
صعوبة المقررات الدراسية	٨	٥ ٪
عدم الميل للدراسة	٦٤	٤٠,٣٪
عدم ملاءمة الجو المدرسي	٢٥	١٥,٧٪
أخــــرى	٣	١,٩ ٪
	١٥٩	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٣٩)
توزيع العينة وفقا للمشكلات المترتبة على التعاطي

المشكلات المترتبة على التعاطي	التكرار	النسبة
التأخر الدراسي	٢٢	١٦,٧٪
الانقطاع عن الدراسة	٢٧	٢٠,٥٪
انفاق مزيد من المال لتمويل المتعاطي	١٨	١٣,٦٪
الضبط والتوقيف في جريمة	١٥	١١,٤٪
التقليد بين الأخوة داخل الأسرة	١٨	١٣,٦٪
الاساءة بسمعة العائلة	٣٠	٢٢,٧٪
أخــــرى	٢	١,٥ ٪
	١٣٢	١٠٠٪

جـــدول رقم (٤٠)
تـــوزيـــع العـــينة وفقـــا
لما ينصح به في حالة تعاطي ابن صديق أو قريب مخدرات

نـــــوع النصيحـــــة	التكرار	النسبة
توجه النصيحة للابن للكشف عن التعاطي	٤٧	٪٢٩,٦
عرضه على الطبيب المعالج	٦٨	٪٤٢,٨
استشارة ادارة المدرسة	١٦	٪١٠,١
السفر للخارج للعلاج	١٩	٪١١,٩
لا أدرى ماذا يفعل	٧	٪ ٤,٤
أخـــرى	٢	٪ ١,٣
	١٥٩	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٤١)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــقاً
لرؤيتهم لمدى اسهام المدرسة في حل مشكلة التعاطي

مـدى اســهام المدرسـة	التكرار	النسبة
غـير مـبين	٣	٪ ٢
نعـم	٦٣	٪٦٣
لا	٢٤	٪٢٤
لا أدرى	١١	٪١١
	١٠٠	٪١٠٠

جدول رقم (٤٢)
توزيع العينة وفقا لرأيهم في ماهية هذا الاسهام

اسهام المدرسة	التكرار	النسبة
اقامة ندوات توعية	٤٦	٪١٧,٤
زيادة فرص النشاط بالمدرسة	٣٢	٪١٢,١
زيادة فعالية اجتماعات مجالس الآباء	٣٥	٪١٣,٣
تأكيد دور الاخصائي ورائد الأسرة أو رائد الفصل في حل المشكلة	١٨	٪ ٦,٨
ابراز موقف الدين من المخدرات	٤٧	٪١٧,٨
التركيز على أهمية اكتشاف الحالات في وقت مبكر	٣١	٪١١,٧
الاهتمام بالتحويل للعلاج الطبي أو النفسي	٢٩	٪١١
التأكيد على أهمية متابعة الحالات حتى شفائها	٢٤	٪ ٩,١
أخرى	٢	٪ ,٨
	٢٦٤	٪١٠٠

جدول رقم (٤٣)
توزيع العينة وفقا
لرؤيتهم لمدى كفاية دور المدرسة لمواجهة المشكلة

كفاية دور المدرسة	التكرار	النسبة
غير مبين	٢	٪ ٢
نعم	٩	٪ ٩
لا	٨١	٪٨١
لا أدرى	٨	٪ ٨
	١٠٠	٪١٠٠

جدول رقم (٤٤)

توزيع العينة وفقا

لأسباب عدم كفاية دور المدرسة لمواجهة المشكلة

الأسباب	التكرار	النسبة
لأن هذه المشكلة تخص الأسرة أساسا	٢٦	١٧,٦٪
لأن المشكلة لها أبعاد متعددة ومعقدة	٤٢	٢٨,٤٪
لأن امكانات المدرسة محدودة	٣٢	٢١,٦٪
لأن التصدى لها يحتاج إلى تعاون الأسرة والمدرسة	٤٧	٣١,٨٪
أخرى	١	,٧ ٪
	١٤٨	١٠٠٪

جـ - جـداول صحيفـة البحـث رقـم (٣)

الموجهـة إلى رواد الأسـر والفصـول والاخصائيين

جـــدول رقـــم (١)
توزيــــع العـــينة
وفقا لعدد رواد الأسر والفصول والاخصائيين في المدارس المختلفة

اسم المدرسة	رواد الأسر والاخصائيين	النسبة
الدوحة الثانوية	٣١	١٩,٤٪
الاستقلال الثانوية	١٧	١٠,٦٪
خليفة الثانوية	١٥	٩,٤٪
ابن تيمية الثانوية	٩	٥,٦٪
التجارية الثانوية	٩	٥,٦٪
الفنية الثانوية	١٠	٦,٣٪
مركز التدريب	٢١	١٣,١٪
المعهد الديني	١٧	١٠,٦٪
أبي أيوب الأعدادية	١٢	٧,٥٪
اليرموك الاعدادية	٩	٥,٦٪
مشيرب الاعدادية	١٠	٦,٣٪
	٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٢)
توزيع عينة رواد الأسر والفصول والاخصائيين وفق السن

فئــــــات الســـــن	التكرار	النسبة
أقل من ٣٠	١٣	٨,١ ٪
من ٣٠ ـ ٤٠	٦٧	٤١,٩٪
من ٤٠ ـ ٥٠	٧٢	٤٥٪
من ٥٠ فما فوق	٨	٥ ٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٣)
توزيع عينة رواد الأسر والفصول والاخصائيين وفق الجنسية

الجنســــــــية	العدد	النسبة
غير مـــبين	٢١	١٣,١٪
قطـــــر	٢٤	١٥٪
الاردن	٣٠	١٨,٨٪
فلسطـــين	٢٧	١٦,٩٪
لبنــــان	١	,٦ ٪
مصـــــر	٥٣	٣٣,٣٪
الســـودان	٤	٢,٥ ٪

جـدول رقـم (٤)
تـوزيـع العـينة وفـق الوظيفـة

الوظيفـة	التكرار	النسبة
غـير مـبين	٩	٥,٦ ٪
أعمـال مكتبـية	٩	٥,٦ ٪
مـديـرو المـدارس والـوكـلاء	١١	٦,٩ ٪
أعمـال فنيـة	١	,٦ ٪
مهنيـون	٣	١,٩ ٪
مدرسـون	١٢١	٧٥,٦ ٪
اخصائيون اجتماعيون	٦	٣,٧ ٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـدول رقـم (٥)
تـوزيـع العـينة وفـق الديـانـة

الديـانـة	التكرار	النسبة
غـير مـبين	٥	٣,١ ٪
مسـلم	١٥٣	٩٥,٦ ٪
مسـيحي	٢	١,٢ ٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـدول رقـم (٦)
تـوزيـع العـينة وفـق المؤهـل

المـؤهـل	التكرار	النسبة
غـير مـبين	١٠٧	٪٦٦,٩
الدرجة الجامعية الأولى	٥٢	٪٣٢,٥
الماجستير أو الدكتوراه	١	٪ ,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جـدول رقـم (٧)
توزيع العينة وفق عدد سنوات الخدمة المدرسية

عـدد السـنوات	التكرار	النسبة
غير مبين	٢٦	٪١٦,٢
١	١٨	٪١١,٢
٢	٣١	٪١٩,٤
٣	١٤	٪ ٨,٧
٤	٧	٪ ٤,٤
٥	١٤	٪ ٨,٧
٦	٧	٪ ٤,٤
٧	١٠	٪ ٦,٣
٨	٤	٪ ٢,٥
٩	٥	٪ ٣,١
١٠	٢	٪ ١,٢
١١	٢	٪ ١,٢
١٢	٢	٪ ١,٢
١٣	١	٪ ,٦
١٤	٢	٪ ١,٢

(تابع) جـــدول رقـــم (٧)
توزيع العينة وفق عدد سنوات الخدمة المدرسية

عـــدد الســـنوات	التكرار	النسبة
١٥	٤	٢,٥ ٪
١٦	١	,٦ ٪
١٧	١	,٦ ٪
١٨	١	,٦ ٪
٢٠	٢	١,٢ ٪
٢٢	٢	١,٢ ٪
٢٣	١	,٦ ٪
٢٥	٣	١,٩ ٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٨)
تـوزيـــع العـــينة وفـــق الحـــالة الزواجيـــة

الحـــالة الزوجـــية	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	٤	٢,٥ ٪
أعـــزب	٧	٤,٤ ٪
متزوج ولا يعول	٦	٣,٧ ٪
متزوج ويعول	١٤٣	٨٩,٤٪
مطـــلق	—	—
أرمـــل	—	—
	١٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٩)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق عـــدد الأبنـــاء

العـــــــدد	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	٢٤	٪١٥
١	٧	٪ ٤,٤
٢	٢٥	٪١٥,٦
٣	٣٢	٪٢٠
٤	٢٣	٪١٤,٤
٥	٢٥	٪١٥,٦
٦	١٥	٪ ٩,٤
٧	٤	٪ ٢,٥
٨	٢	٪ ١,٢
٩	٢	٪ ١,٢
١٠	١	٪ ,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (١٠)
تـــوزيـــع نـــوع الأبـــن الأول في العـــينة

النـــــــوع	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	٢١	٪١٣,١
ذكـــــور	٧٦	٪٤٧,٥
انـــــاث	٦٣	٪٣٩,٤
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (١١)
توزيع العينة وفق السن للابن الأول

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٣٠	١٨,٨٪
١	٤	٢,٥٪
٢	٤	٢,٥٪
٣	٥	٣,١٪
٤	٣	١,٩٪
٥	٧	٤,٤٪
٦	١٠	٦,٣٪
٧	٩	٥,٦٪
٨	٨	٥٪
٩	١٣	٨,١٪
١٠	٨	٥٪
١١	٥	٣,١٪
١٢	٨	٥٪
١٣	٨	٥٪
١٤	٣	١,٩٪
١٥	٧	٤,٤٪
١٦	٣	١,٩٪
١٧	٤	٢,٥٪
١٨	٥	٣,١٪
١٩	٢	١,٢٪
٢٠	٣	١,٩٪
٢١	١	,٦٪
٢٣	٤	٢,٥٪
٢٤	٤	٢,٥٪
٢٦	١	,٦٪
٢٧	١	,٦٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (١٢)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق نـــوع الأبـــن الثـــاني

النـــوع	التكرار	النسبة
غـــير مبـــين	٢٧	١٦,٩٪
ذكـــــور	٧٤	٤٦,٢٪
انـــــاث	٥٩	٣٦,٩٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (١٣)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق الســـن للأبـــن الثـــاني

الســـن	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	٣٧	٢٣,١٪
١	٧	٤,٤٪
٢	٤	٢,٥٪
٣	٨	٥٪
٤	١٠	٦,٣٪
٥	٨	٥٪
٦	١٠	٦,٣٪
٧	٨	٥٪
٨	٩	٥,٦٪
٩	٤	٢,٥٪
١٠	١٠	٦,٣٪
١١	٥	٣,١٪
١٢	٦	٣,٧٪
١٣	٥	٣,١٪
١٤	٥	٣,١٪

(تابع) جـــدول رقـــم (١٣)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق الســـن للأبـــن الثـــاني

الســـن	التكرار	النسبة
١٥	٤	٢,٥ ٪
١٦	٤	٢,٥ ٪
١٧	٢	١,٢ ٪
١٨	٤	٢,٥ ٪
١٩	٢	١,٢ ٪
٢٠	٣	١,٩ ٪
٢١	٢	١,٢ ٪
٢٢	١	,٦ ٪
٢٣	١	,٦ ٪
٢٥	١	,٦ ٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (١٤)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق نـــوع الأبـــن الثـــالـــث

النـــوع	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	٥٤	٣٣,٧٪
ذكـــور	٥٧	٣٥,٦٪
انـــاث	٤٩	٣٠,٦٪
	١٦٠	١٠٠٪

(تابع) جـــدول رقم (١٥)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق الســـن للأبـــن الثـــالـــث

الســــن	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	٦٠	٣٧,٥٪
١	٨	٥ ٪
٢	٧	٤,٤ ٪
٣	٥	٣,١ ٪
٤	٦	٣,٧ ٪
٥	٩	٥,٦ ٪
٦	٨	٥ ٪
٧	٩	٥,٦ ٪
٨	٨	٥ ٪
٩	٧	٤,٤ ٪
١٠	٥	٣,١ ٪
١١	٣	١,٩ ٪
١٢	٣	١,٩ ٪
١٣	٦	٣,٧ ٪
١٤	١	,٦ ٪
١٥	٤	٢,٥ ٪
١٦	٤	٢,٥ ٪
١٨	٣	١,٩ ٪
١٩	١	,٦ ٪
٢٠	١	,٦ ٪
٢١	١	,٦ ٪
٢٣	١	,٦ ٪
	١٦٠	١٠٠٪

جدول رقم (١٦)
توزيع العينة وفق النوع للأبن الرابع

النوع	التكرار	النسبة
غير مبين	٨٥	٥٣,١٪
ذكور	٤٠	٢٥٪
اناث	٣٥	٢١,٩٪
	١٦٠	١٠٠٪

جدول رقم (١٧)
توزيع العينة وفق السن للأبن الرابع

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	٩٠	٥٦,٣٪
١	٣	١,٩ ٪
٢	١١	٦,٩ ٪
٣	٦	٣,٧ ٪
٤	٨	٥ ٪
٥	٨	٥ ٪
٦	٨	٥ ٪
٧	٣	١,٩ ٪
٨	٣	١,٩ ٪
٩	٦	٣,٧ ٪
١٠	٦	٣,٧ ٪
١١	١	,٦ ٪
١٤	٢	١,٢ ٪
١٦	٢	١,٢ ٪
١٧	١	,٦ ٪

جدول رقم (١٧)
توزيع العينة وفق السن للأبن الرابع

السن	التكرار	النسبة
١٩	١	٪ ,٦
٢١	١	٪ ,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (١٨)
توزيع العينة وفق النوع للأبن الخامس

النوع	التكرار	النسبة
غير مبين	١٠٩	٪٦٨,١
ذكور	٢٢	٪١٣,٧
اناث	٢٩	٪١٨,١
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (١٩)
توزيع العينة وفق السن للأبن الخامس

السن	التكرار	النسبة
غير مبين	١١٦	٪٧٢,٥
١	٦	٪ ٣,٧
٢	٩	٪ ٥,٦
٣	٥	٪ ٣,١
٤	٦	٪ ٣,٧
٥	٢	٪ ١,٢
٦	٣	٪ ١,٩
٧	٢	٪ ١,٢
٨	٢	٪ ١,٢
٩	١	٪ ,٦
١١	٢	٪ ١,٢
١٣	٢	٪ ١,٢
١٤	١	٪ ,٦
١٦	١	٪ ,٦
١٨	١	٪ ,٦
١٩	١	٪ ,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٢٠)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق النـــوع للأبـــن الســـادس

النـــوع	التكرار	النسبة
غـــير مبين	١٣٤	٪٨٣,٧
ذكـــور	١٠	٪ ٦,٣
انـــاث	١٦	٪١٠
	١٦٠	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٢١)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق الســـن للأبـــن الســـادس

النـــوع	التكرار	النسبة
غـــير مبيـــن	١٣٧	٪٨٥,٦
١	٥	٪ ٣,١
٢	٤	٪ ٢,٥
٣	٣	٪ ١,٩
٤	٤	٪ ٢,٥
٥	١	٪ ,٦
٦	٢	٪ ١,٢
١١	١	٪ ,٦
١٤	٢	٪ ١,٢
١٦	١	٪ ,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٢٦)
توزيع العينة وفق كيفية التوصل إلى هذا التقدير (جدول ٢٥)

الكيفيـــــة	التكرار	النسبة
من زيادة العدد	١	٪ ١,٤
من ملاحظاتي على الطلاب	٤٤	٪٦١,١
من خلال مناقشة مشكلات أخرى	١٠	٪١٣,٩
من رؤيتي المباشرة	٥	٪ ٦,٩
من المدمنين أنفسهم	١٠	٪١٣,٩
أخــــرى تذكـــــر	٢	٪ ٢,٨
	٧٢	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٢٧)
توزيع العينة وفق أسباب اعتقادهم
بأن الظاهرة ليست منتشرة

أسباب الاعتقاد بعدم انتشار الظاهرة	التكرار	النسبة
من قلة الاعـــداد	٢٤	٪٢٧,٦
من عدم الشكوى من الطلاب	٣٤	٪٣٩,١
من عدم اكتشافها أثناء مناقشة مشكلات أو موضوعات أخــــرى	٢٤	٪٢٧,٦
أخــــرى تــذكـــــر	٥	٪ ٥,٧
	٨٧	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٢٨)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق ملاحـــظاتـــهم
لوجـــود ملامـــح جســـمية تمـــيز المتـــعاطـــي

وجود الملامح الجسمية	التكرار	النسبة
غــير مــبين	٧	٪ ٤,٤
نعـــم	٦٢	٪٣٨,٧
لا	٩١	٪٥٦,٩
	١٦٠	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٣٠)
تـوزيـــع العـــينة وفـــق ملاحـــظاتـــهم
للخصـــائـــص النفســـية الـــتي تمـــيز المتعـــاطـــي

وجـــود الخصـائص النفسـية	التكرار	النسبة
غــير مــبين	٥	٪ ٣,١
نعـــم	٦٠	٪٣٧,٥
لا	٩٥	٪٥٩,٤
	١٦٠	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٣٢)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق وجـــود
خصائص اجتمـاعيـــة تمـــيز المتعـاطـــي

وجود خصائص اجتماعية	التكرار	النسبة
غــــير مبــين	٢	٪ ١,٢
نعــــــم	٥٣	٪٣٣,١
لا	١٠٥	٪٦٥,٦
	١٦٠	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٣٣)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق ماهـــية
الخصـــائص الاجتـــماعـــية التي تمـــيز المتـــعاطـــي

الخصائص الاجتماعية	التكرار	النسبة
اثـــارة مشـــكلات	٢٠	٪١٢
الخروج عن النظام المدرسي	٤٠	٪٢٤
العزلة وعدم الاندماج	١٩	٪١١,٤
ضعف العلاقات بين الزملاء	١٤	٪ ٨,٤
ضعف العلاقات مع المدرسين	١١	٪ ٦,٦
عدم المشاركة في الأنشطة	٢٨	٪١٦,٨
الكـــــذب	١٧	٪١٠,٢
السرقة الفردية أو الجماعية	٦	٪ ٣,٦
الاعتداء على الآخرين	٩	٪ ٥,٤
أخـــــرى	٣	٪ ١,٨
	١٦٧	٪١٠٠

جـــدول رقـــم (٣٤)
توزيع العينة وفق وجود خصائص مميزة
لطبيعة العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة

وجود الخصائص المميزة	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	٥	٣,١ ٪
نعـــــم	٧٠	٤٣,٨٪
لا	٨٥	٥٣,١٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـــدول رقـــم (٣٥)
تـــوزيـــع العـــينة وفـــق ماهيـــة
الخصـــائص المـــميزة لطبيـــعة العـــلاقـــات

الخصائص المميزة للعلاقات	التكرار	النسبة
زيادة شكوى أولياء الأمور	١٨	٧,٦ ٪
كثرة التغيب عن المنزل	٣٥	١٤,٧٪
السهر خارج المنزل	٥١	٢١,٤٪
الميل للعنف والتخريب	١٥	٦,٣ ٪
التمرد على السلطة الوالدية	٢٩	١٢,٢٪
اللامبالاة (عدم الاهتمام)	٤٦	١٩,٣٪
السلبية والعناد	٢١	٨,٨ ٪
العزلة والانطواء	٢٢	٩,٢ ٪
أخـــرى	١	,٤ ٪
	٢٣٨	١٠٠٪

جـــدول رقــم (٣٦)
توزيع العينة وفقا لمصدر المعلومات السابقة

المصـــــــدر	التكرار	النسبة
الأسرة (أولياء الأمور)	١٦	٨,٨ ٪
الزملاء بالمدرسة	٤٦	٢٥,٤٪
وسائل الاعلام	٤٦	٢٥,٤٪
ملاحظاتى الشخصية	٤٤	٢٤,٣٪
من زملاء الطلبة الذين يتعاطون المخدرات	٨	٤,٤ ٪
من تجربتي الخاصة مع الطلاب	١٤	٧,٧ ٪
أخـــرى	٧	٣,٩ ٪
	١٨١	١٠٠٪

جدول رقم (٣٧)
توزيع العينة وفق ادراكهم لوجود ملامح سلوكية تميز المتعاطي في المدرسة

وجود ملامح سلوكية	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	٣	١,٩ ٪
نعـــــم	٥٩	٣٦,٩٪
لا	٩٨	٦١,٢٪
	١٦٠	١٠٠٪

جـدول رقم (٣٨)
توزيع العينة وفق ماهية
الملامح السلوكية التي تميز المتعاطي في المدرسة

الملامح السلوكية المميزة	التكرار	النسبة
زيادة معدلات الغياب عن المدرسة	٣٦	١٣,٨٪
عدم الانتظام في حضور الحصص الدراسية	٣٨	١٤,٦٪
انخفاض معدل تقديرات المتعاطي	٢٩	١١,٢٪
الهروب اثناء الدوام المدرسي	٢٩	١١,٢٪
تعدد مرات الرسوب	٣١	١١,٩٪
تكرار الغش	١١	٤,٢٪
التزوير في درجات الشهادات	٦	٢,٣٪
عدم إطاعة السلطة المدرسية	١٤	٥,٤٪
عدم احترام هيئة التدريس	١٦	٦,٢٪
الاهمال في كل شيء	١٦	٦,٢٪
السلبية المطلقة	١٦	٦,٢٪
لا يهمه الرسوب	١٥	٥,٨٪
أخـــرى	٣	١,٢٪
	٢٦٠	١٠٠٪

جدول رقم (٣٩)
توزيع العينة وفقا للأسباب
أو الدوافع العامة للتعاطي في الحالات التي تعرف عليها

الأسباب أو الدوافع	التكرار	النسبة
سهولة الحصول على المخدر	٣٦	٪١١,٣
الرغبة في التجريب	٥٤	٪١٦,٩
وسائل الاعلام : التليفزيون، الفيديو، . .	٣٥	٪١٠,٩
الصحبة	٦٣	٪١٩,٧
كثرة السفر إلى بلاد تنتشر فيها المخدرات	٤٧	٪١٤,٧
السعة المادية	٣٧	٪١١,٦
تأثير الخدم الأجانب	٢٣	٪ ٧,٢
أخرى	٢٥	٪ ٧,٨
	٣٢٠	٪١٠٠

جدول رقم (٤٠)
توزيع العينة وفقا للأسباب والدوافع التربوية للتعاطي

الأسباب والدوافع	التكرار	النسبة
سوء معاملة الاساتذة للتلاميذ	٤	٪ ١,٧
صعوبة المقررات المدرسية	٤	٪ ١,٧
طول المقررات الدراسية	٣	٪ ١,٣
عدم ملاءمة طرق التدريس	٣	٪ ١,٣
المناخ المدرسي	١٢	٪ ٥,١
الاحباط نتيجة التأخر الدراسي	٥٧	٪٢٤,٢
تباين مستوى التحصيل الدراسي بين تلاميذ الفصل الواحد	١٢	٪ ٥,١
تباين المستوى العمري بين تلاميذ الفصل الواحد	١٧	٪ ٧,٢
محاولة اثبات الذات	٤٥	٪١٩,١
عدم اقتناع التلاميذ بجدوى التعليم	٤٧	٪١٩,٩
أخـــــــرى	٣٢	٪١٣,٦
	٢٣٦	٪١٠٠

جدول رقم (٤١)
توزيع العينة وفقا للأسباب
أو الدوافع الأسرية التي كانت وراء التعاطي

الأسباب أو الدوافع الأسرية	التكرار	النسبة
مشكلات بين الأب والأم	٥١	٪١٢,١
مشكلات بين الأخوة	١٠	٪ ٢,٤
التدليل المفرط (من جانب الأم)	٣٣	٪ ٧,٩
وفاة أحد الوالدين أو كلاهما	٢٤	٪ ٥,٧
انشغال الأب بعمله	٤٨	٪١١,٤
الأبن الذكر الوحيد	٧	٪ ١,٧
القسوة الشديدة	١٥	٪ ٣,٦
الفقر (المغامرة للحصول على المال)	١٠	٪ ٢,٤
الغـــنى	٢٩	٪ ٦,٩
افتقاد القدوة	٢٧	٪ ٦,٤
التقليد (الأصدقاء)	٤٧	٪١١,٢
تعدد الزوجات	٢٣	٪ ٥,٥
الاقامة مع زوجة الأب أو زوج الأم	٢١	٪ ٥
وجود الخدم الأجانب في البيت القطري	١٨	٪ ٤,٣
الافتقار إلى الوازع الديني	٣٤	٪ ٨,١
أخـــرى	٢٣	٪ ٥,٥
	٤٢٠	٪١٠٠

جدول رقم (٤٢)
توزيع العينة وفق المشكلات التربوية الناتجة عن التعاطي

المشكلات التربوية	التكرار	النسبة
الانقطاع عن الدراسة	٥٥	٢٩,٣٪
التأخر الدراسي	٨١	٤٣,١٪
فقدان الفرصة التعليمية	٢٧	١٤,٤٪
أخـــرى	٢٥	١٣,٣٪
	١٨٨	١٠٠٪

جدول رقم (٤٣)
توزيع العيـــنة وفـــق
رأيهم في المشكلات الأسرية الناتجة عن التعاطي

المشـكلات الأسرية	التكرار	النسبة
اثارة خلافات بين أفراد الأسرة	٣٨	١١,٨٪
انفاق مزيد من المال لتمويل التعاطي	٤٧	١٤,٦٪
التصرف في الممتلكات الشخصية أو الأسرية	٣٠	٩,٣٪
الضبط والتوقيف في جريمة	٢٠	٦,٢٪
التقليد بين الأخوة داخل الأسرة	٤٢	١٣,١٪
ارتكاب جرائم	٣٩	١٢,١٪
فقدان السمعة العائلية	٣٥	١٠,٩٪
القدوة السيئة	٤٤	١٣,٧٪
أخـــرى	٢٦	٨,١٪
	٣٢١	١٠٠٪

جدول رقم (٤٤)
توزيع العينة وفق مدى لجوء الطلاب إليهم لحل مشاكلهم

لجـــوء الطـــلاب	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	١١	٪ ٦,٩
نعـــــم	٥٩	٪٣٦,٩
لا	٩٠	٪٥٦,٣
	١٦٠	٪١٠٠

جدول رقم (٤٥)
توزيع العينة وفق محاولتهم التدخل للحد من انتشار التعاطي بين الطلاب

محاولة التدخل من عدمه	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	١١	٪ ٦,٩
نعـــــم	٤٩	٪٣٠,٦
لا	١٠٠	٪٦٢,٥
	١٦٠	٪١٠٠

جـدول رقم (٤٦)
توزيع العينة وفق الاجراءات التي اتخذتها عند تدخلها للحد من التعاطي

الاجـــراءات	التكرار	النسبة
النصح والارشاد	٥٠	٣٩,١٪
احاطة ادارة المدرسة	١٠	٧,٨٪
الاتصال بولى الأمر	١١	٨,٦٪
عقد ندوات توعية	١٠	٧,٨٪
التحويل إلى وحدة توجيه الأطفال والبالغين	٤	٣,١٪
انزال العقاب	٢	١,٦٪
ليس من صلاحياتي	١٠	٧,٨٪
شرح الأضرار الناتجة عن الأدمان	٢٤	١٨,٨٪
أخـــرى	٧	٥,٢٪
	١٢٨	١٠٠٪

جدول رقم (٤٧)
توزيع العينة وفق محاولتهم متابعة بعض حالات التعاطي التي اكتشفوها

محاولة المتـــابعـــة	التكرار	النسبة
غـــير مـــبين	١٦	١٠٪
نعـــم	٢٠	١٢,٥٪
لا	١٢٤	٧٧,٥٪
	١٦٠	١٠٠٪

جدول رقم (٤٨)
توزيع العينة وفق النتائج
المترتبة على متابعتهم لبعض حالات التعاطي

نتائـــج المتابعـــة	التكرار	النسبة
الكف عن التعاطي	٤	٩,٨ ٪
الاقلاع عن التعاطي	٩	٢٢٪
مواصلة العلاج بانتظام	٤	٩,٨ ٪
لم يحدث تقدم يذكر	٥	١٢,٢٪
لا أعـــرف	١٤	٣٤,١٪
أخـــرى	٥	١٢,٢٪
	٤١	١٠٠٪

المراجــع :

١ ـ عبد الباسط محمد حسن ، أصول البحث الاجتماعي ، ط ٥ ، ١٩٧٦ ، ص٢٠٨ .

٢ ـ Radcliff. Brown: African System of Kinship and Marriage, Oxford Un. Press, London, 1950 pp 1-2.

٣ ـ Suchman, The comparative Method in social research in rural sociology, vol, 24, P.331.

٤ ـ وزارة التربية والتعليم ، التقرير السنوى ١٩٨٧/٨٦ م .

٥ ـ المرجع السابق .

٦ ـ فاروق اسماعيل ، الانثربولوجيا الثقافية ، النظرية والمنهج ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٥ ، ص ٢٤٤ .

٧ ـ انظر : جمال زكي وآخرون ، أسس البحث الاجتماعي ، دار الفكر العربي ، ص ١٩٨
كما يمكن الرجوع الي : Fairchild, H., Dictionary of Sociology, P. 255.

٨ ـ فاروق اسماعيل ، التغير الاجتماعي والثقافي في قطر ، دراسة استطلاعية انثربولوجية ، تحت الطبع ، ١٩٨٨ م ص١٣١ وما بعدها .

٩ ـ صفاء الاعسر وآخرون ، دراسة استطلاعية للعلاقة بين دافعية الانجاز وبعض المتغيرات العقلية والشخصية والاجتماعية ، مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، ١٩٨٣ ، ص٨٢ .

١٠ ـ جابر عبد الحميد وآخرون « العلاقة بين الاساليب المعرفية وكل من النمط المعرفي والعادات الدراسية والاتجاهات نحو الدراسة . . . » ، مركز البحوث التربوية ، ١٩٨٤ ، ص٢٧ وما بعدها .

١١ ـ مصطفى سويف : « اسهامات العلوم الاجتماعية في بحوث تعاطي المسكرات والمخدرات » في مجلة علم النفس ، مجلة البحث والدراسات النفسية ، العدد الاول يناير ١٩٨٧ ، ص ١٣ ومابعدها .

١٢ ـ سليمان الخضري وفوزي زاهر ، دراسات في الادارة التربوية ، مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر ، ص٤٥ وما بعدها .

١٣ ـ جابر عبد الحميد والخضري والدريني ، بعض العوامل المرتبطة بالتخلف والتفوق الدراسي في المرحلة الثانوية في قطر ، مركز البحوث التربوية ، ص ١٨٠ .

١٤ ـ مصطفى سويف : « اسهامات العلوم الاجتماعية في بحوث تعاطي المسكرات والمخدرات » في مجلة علم النفس ، مجلة البحوث والدراسات النفسية ، العدد الاول يناير ١٩٨٧ ، ص١٦ ومابعدها .

١٥ ـ عبد الفتاح حجاج ، بحوث ودراسات تربوية ، مركز البحوث التربوية ، ١٩٨٥ ، ص١٧٢ ومابعدها .

١٦ ـ علاء كفافي ، قضاء وقت الفراغ وبعض المتغيرات النفسية المرتبطة ، ص٩ ومابعدها .

١٧ ـ انظر : Prevention policies principles programs ICPA

١٨ ـ Lauer, Robert, Social problems and the Quality of life, Third Edition, WM,C. Brown publishers, Dubuque, Iowa. Chapter, 4.

١٩ ـ محمود الكردي وآخرون ، الدوحة ، المدينة الدولة ، دراسة اجتماعية لنمط التحضر ، مركز الوثائق والدراسات الانسانية ، جامعة قطر ، ١٩٨٥ م .

٢٠ ـ حسن عيد ، المدخل الى علم الاجتماع ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٦ .

محتويات التقرير

صفحة

المستوى الثاني :



تــم بحمـــد اللــه

رقم الإيداع بدار الكتب القطرية

٤٤٦ لسنة ١٩٨٩

طبع بمطابع مؤسسة الخليج للنشر والطباعة